Proceedings of the VIIth International Congress of Psychotherapy
Verhandlungen des VII. Internationalen Kongresses für Psychotherapie, Wiesbaden 1967
Editores: Th. Spoerri, Bern; W.Th. Winkler, Gütersloh
Part/Teil V

797

Rehabilitation

S. Karger Basel (Switzerland) New York 1969

22 5
8.9.7

Proceedings of the VIIth International Congress of Psychotherapy
Verhandlungen des VII. Internationalen Kongresses für Psychotherapie
Wiesbaden, 21–26 August 1967

Part/Teil V

Rehabilitation

Edited by – Herausgegeben von
TH. SPOERRI, Bern – W. TH. WINKLER, Gütersloh i. Westf.

S.C.E.R.T., West Bengal
Library
Calcutta
25/3, B. C. Road

19 69

BASEL (Switzerland) S. KARGER NEW YORK

Separatum Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 17, No. 1 (1969)

Proceedings of the VIIth International Congress of Psychotherapy
Verhandlungen des VII. Internationalen Kongresses für Psychotherapie
Wiesbaden, 21–26 August 1967

R.T., West Bengal
8...2...71.....
No.2291.....

Edited by – Herausgegeben von
TH. SPOERRI, Bern – W. TH. WINKLER, Gütersloh i. Westf.

Part/Teil I — Psychotherapy – Prevention and Rehabilitation
Psychotherapie – Prävention und Rehabilitation
(contains the General Index and the List of Authors of the complete Proceedings / enthält den Generalindex und die Liste der Autoren des gesamten Kongressberichtes)
Separate Publikation

Part/Teil II — Community Psychiatry – Therapeutic Community
Psychiatrie in der Gemeinschaft – Gemeinschaft in der Therapie
Separatum Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 16, No. 1–3 (1968)

Part/Teil III — Myocardial Infarct and Other Psychosomatic Disturbances
Herzinfarkt und andere psychosomatische Störungen
Separatum Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 16, No. 4–5 (1968)

Part/Teil IV — Family Investigation
Familienforschung
Separatum Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 16, No. 6 (1968)

Part/Teil V — Rehabilitation
Separatum Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 17, No. 1 (1969)

Part/Teil VI — The Student and Neurosis
Student und Neurose
Separatum Confinia Psychiatrica, Vol. 11, No. 1 (1968)

S. Karger AG, Arnold-Böcklin-Strasse 25, 4000 Basel 11 (Switzerland)

All rights, including that of translation into other languages, reserved.
Photomechanic reproduction (photocopy, microcopy) of this volume or parts thereof without special permission of the publishers is prohibited.

©

Copyright 1969 by S. Karger AG, Basel
Printed in Switzerland by Buchdruckerei National-Zeitung AG, Basel
Clichés: Steiner & Cie. AG, Basel

Index

WINKLER, W. TH.; KRÜGER, H.; ZUMPE, V. und VELTIN, A. (Gütersloh): Ergebnisse soziodiagnostischer und soziotherapeutischer Massnahmen bei langjährig hospitalisierten Schizophrenen 1

BENEDETTI, G. (Basel): Rehabilitation und Psychotherapie schizophrener Patienten 10

HÄFNER, H. (Heidelberg): Rehabilitation bei Schizophrenen 20

KEUP, W. (Brooklyn, N.Y.): The Home-concept of Psychotic Patients and the Prevention of Chronic Hospitalization 23

GASTAGER, H. (Salzburg): Frührehabilitation und Spätrehabilitation von Psychosen. 34

EITINGER, L. (Oslo): Rehabilitation of Concentration Camp Survivors. (Following Concentration Camp Trauma) 42

HEIGL-EVERS. A. (Tiefenbrunn): Zum sozialen Effekt klinischer analytischer Gruppenpsychotherapie 50

ZAUNER, J. (Tiefenbrunn): Berufliche Wiedereingliederung durch klinische Psychotherapie. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung 63

English Summaries 8, 17, 33, 41, 48, 61, 71

The Proceedings of the previous International Congresses of Psychotherapy have been published as follows:

First Congress London 1949

Second Congress Leiden 1951

Third Congress Zürich 1954
Main Lectures, Papers of Sub-Sections, Communications.
With 92 contributions. Parts 1+2. XII +742 p., SFr. 84.–
(S. Karger, Basel/New York 1955)

Fourth Congress Barcelona 1958
Selected Lectures
Topical Problems of Psychotherapy, Vol. 3. VIII+292 p., 21 fig.,
SFr. 54.– (S. Karger, Basel/New York 1960)

Fifth Congress Vienna 1961
Part I Main Lectures
Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica, Vol. 10, No. 2–3.
176 p., 4 cpl., 4 tab., SFr. 31.50
Part II Selected Lectures
Topical Problems of Psychotherapy, Vol. 4. VI+274 p., 10 fig.,
4 tab., SFr. 63.–
Part III Psychosomatic Medicine in Practice
Advances in Psychosomatic Medicine, Vol. 3. VI+207 p., 17 fig.,
5 tab., SFr. 52.–
Part IV Psychotherapy and Psychoses
Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica, No. 118. VI+94 p., 3 tab.,
SFr. 19.–
Part V Progress in Child Psychiatry
VI+72 p., SFr. 17.–
(S. Karger, Basel/New York 1963)

Sixth Congress London 1964
Part I Main Lectures
Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 13, No. 1–3 (1965).
XII+248 p., 4 fig., 3 tab., SFr. 34.80
Part II Psychotherapy of Adolescents
Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 13, No. 4 (1965).
VIII+72 p., 1 fig., SFr. 14.20
Part III Psychiatric Family Studies
Confinia Psychiatrica, Vol. 8, No. 1 (1965). VIII+56 p., SFr. 14.20
Part IV Selected Lectures
VIII+160 p., 10 fig., 12 tab., SFr. 28.40
(S. Karger, Basel/New York 1965)

Verh. 7. Int. Kongr. für Psychotherapie, Wiesbaden 1967
Teil V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 1–9 (1969)

Ergebnisse soziodiagnostischer und soziotherapeutischer Massnahmen bei langjährig hospitalisierten Schizophrenen

W. Th. Winkler, H. Krüger, V. Zumpe und A. Veltin

Westfälisches Landeskrankenhaus, Gütersloh i. Westf.

Arbeitstherapie, Milieutherapie und Pharmakotherapie haben die Situation des Patienten in den grossen psychiatrischen Einrichtungen grundlegend verändert, auch die des dauerhospitalisierten schizophrenen Kranken. Das Bild des schizophrenen Anstaltsartefaktes gehört weithin der Vergangenheit an. Doch hat sich eine neue Art von psychiatrischem Hospitalismus entwickelt mit dem Resultat eines sich in das Anstaltsgefüge reibungslos einordnenden Patienten, dessen Bindungen an das Krankenhaus die Rehabilitation bis zur Entlassungsfähigkeit erschweren oder sogar unmöglich machen [Literatur u. a. bei Panse, 1964; Freudenberg, 1962 und Gastager, 1965].

Obwohl dieses Problem in den letzten Jahren immer wieder angesprochen und Wege zur Überwindung des «Anstaltssyndroms» diskutiert wurden, sind die chronisch Kranken und dauerhospitalisierten Schizophrenen Stiefkinder der wissenschaftlichen Forschung geblieben; es mangelt nämlich vor allem im deutschen Schrifttum noch an exakten Untersuchungen zur Situation des chronischen Anstaltspatienten und zur Struktur der Krankenabteilung mit langjährig untergebrachten Kranken. Wir haben es deshalb unternommen, das soziale Gefüge einer offenen Männerabteilung mit 42 langjährig hospitalisierten Patienten zu erforschen. Besondere Beachtung fand dabei die Frage nach dem Einfluss der Arbeitstherapie auf den sozialen Status der Patienten, weil die von Hermann Simon [1929] in Gütersloh eingerichtete Arbeitstherapie nach wie vor den Stil des Hauses prägt.

Bei diesen Patienten handelt es sich bis auf wenige Ausnahmen um Kranke mit schizophrenen Persönlichkeitsabwandlungen, die alle als anstaltssozialisiert bzw. binnenrehabilitiert bezeichnet werden können. Zum

Teil haben diese Kranken im Rahmen der arbeitstherapeutischen Organisation der Anstalt Spezialistenpositionen inne: in der Verwaltung, Gärtnerei, Buchbinderei und im Maschinenhaus. Es sind Patienten, ohne die man sich den Anstaltsbetrieb nicht vorstellen kann, Veteranen und Originale der Anstaltspsychiatrie, lebendige Zeugen der Wirksamkeit der arbeitstherapeutischen Methode. Sie sind durch den jahrelangen Aufenthalt zu einem Teil des Krankenhauses geworden. Die Männer mit einem Durchschnittsalter von 52 Jahren befinden sich zwischen einem und vierzig Jahren im Krankenhaus; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 14 Jahre.

Um das Beziehungsgefüge der Krankengruppe zu erfassen, führten wir über einen längeren Zeitraum soziometrische Untersuchungen durch. Es wurden insgesamt 6 Soziogramme in zeitlichen Abständen von 6 bis 8 Wochen aufgenommen. Bedenken gegen die Zuverlässigkeit der Methode bei einer Grossgruppe von psychisch Kranken konnten mit einer Korrelationsberechnung ausgeräumt werden (Koeffizienten von 0,45–0,82).

Die Soziogramme der Krankengruppe ergaben charakteristische Eigentümlichkeiten. Sie unterscheiden sich strukturell durchaus von den zum Vergleich herangezogenen Soziogrammen geistesgesunder Gruppen (Studenten, Schulklassen). Die Krankengruppe zeigt gegenüber den gesunden Vergleichsgruppen ein lockeres Beziehungsgefüge; die Zahl der Isolierten und Unbeteiligten ist sehr hoch, vor allem in den ersten beiden Soziogrammen. Die Unterschiede im Gruppenzusammenhalt zwischen den Gruppen Geistesgesunder und unserer Krankengruppe liessen sich auch rechnerisch im Rahmen einer Indexanalyse bestätigen.

Im Verlauf der Untersuchungen wurden die Strukturdifferenzen zwischen der Krankengruppe und den Vergleichsgruppen Gesunder geringer, am deutlichsten zeigte sich das in der Abnahme des Index der sozialen Isolation. Er lag anfangs bei der Krankengruppe gegenüber der Vergleichsgruppe fünfmal höher, beim sechsten Soziogramm betrug er nur noch das Zweifache des Wertes der Gruppe Geistesgesunder. Unter anderem drückte sich der verbesserte Gruppenkontakt innerhalb der Krankengruppe in einer Zunahme der Wahlen aus, insbesondere der stabilen positiven und positiven gegenseitigen Wahlen. Die Häufigkeitsverteilungen der Beliebtheitsgrade veränderten sich von Soziogramm zu Soziogramm in Richtung einer differenzierteren Einstellung der Gruppenmitglieder zueinander.

Da auf der Krankenabteilung während dieses ersten Untersuchungsabschnittes keine Veränderungen vorgenommen wurden, muss die Ten-

denz zu einer Annäherung der soziographischen Daten der Krankengruppe an die der Gruppen geistesgesunder Personen als Folge des Untersuchungsvorganges selbst aufgefasst werden. Wir begegnen einem Phänomen, das MORENO als den soziodynamischen Effekt bezeichnet hat. Auf die Bedeutung dieser Reaktion für unsere Krankengruppe wird noch einzugehen sein.

Es wurde schon erwähnt, dass die Krankengruppe ein wesentlich loseres Beziehungsgefüge aufweist als Gruppen geistesgesunder Personen. Die Krankengruppe stellt soziographisch ein Konglomerat von kleinen Untergruppen und Grüppchen dar, die sich um einige Patienten kristallisieren. Diese vereinigen hohe Sympathiegrade auf sich; man könnte sie auch die Stars der Abteilung nennen.

Wir stellen uns die Frage, ob sich diese Patienten ausser durch ihre Beliebtheit auch noch durch andere Kriterien vom Gros der Patientengruppe unterscheiden. Eine erste Verhaltensbeobachtung unter Zugrundelegung von normierten Aussenkriterien (Angepasstheit auf der Station, Sauberkeit, Ansehen, Stationsgebundenheit, Kontakt inner- und ausserhalb der Station und zu Angehörigen, Sympathie des Pflegers) ergab, dass die sogenannten Stars sich durch eine besonders gute soziale Angepasstheit gegenüber den übrigen Gruppenmitgliedern auszeichnen.

In einer zweiten Verhaltensbeobachtung, die speziell auf die Reaktionen der Patienten im Rahmen des arbeitstherapeutischen Einsatzes ausgerichtet war, zeigte sich, dass zwischen den Kategorien Arbeitserledigung, Fleiss, Selbständigkeit und Gestimmtheit bei der Arbeit, zusammengefasst unter dem Stichwort Leistung, und dem soziographischen Beliebtheitsstatus (positive Wahlen abzüglich negative Wahlen pro Individuum aus 6 Soziogrammen) korrelationsstatistisch kein Zusammenhang zwischen dem Beliebtheitsstatus und der Leistungsdimension bestand. Dagegen fand sich erwartungsgemäss ein enger Zusammenhang zwischen dem Beliebtheitsstatus und dem Kontaktverhalten der Patienten am Arbeitsplatz. Dieser wurde von Soziogramm zu Soziogramm deutlicher; während der Korrelationskoeffizient für das erste Soziogramm 0,38 beträgt, beträgt er für das sechste 0,72. In ähnlicher Weise wird der Zusammenhang zwischen dem Beliebtheitsstatus und der Beurteilung der Umgänglichkeit enger. Während er für das erste Soziogramm 0,40 beträgt, steigert er sich im sechsten Soziogramm bis auf 0,78 (Tabelle I).

Daraus lässt sich entnehmen, dass für die Rangordnung innerhalb der Patientengruppe weniger die Leistungsfähigkeit als vielmehr die soziale Anpassungsfähigkeit im weitesten Sinne massgebend ist. Weiterhin passt

Tab. I. Korrelation des «Beliebtheitsstatus» von sechs Soziogrammen mit den Oberkategorien der Verhaltensbeobachtung

Oberkategorien der Verhaltensbeobachtung	Soziogramm I	II	III	IV	V	VI
1. Leistung	–.02	–.16	.01	–.12	.39[1]	.13
2. Kontakt	.38[1]	.31[1]	.50[3]	.48[2]	.70[3]	.72[3]
3. Umgänglichkeit	.40[2]	.46[2]	.45[2]	.69[3]	.77[3]	.78[3]

[1] = Signifikant auf dem 5 %-Niveau.
[2] = Signifikant auf dem 1 %-Niveau.
[3] = Signifikant auf dem 0,1 %-Niveau.

sich offenbar das subjektive Urteil der Patienten über einander dem «Urteil» an, das von den betreuenden Personen gefällt wird. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, auch hier einen Ausdruck des soziodynamischen Effektes zu sehen.

In einem dritten Schritt wurden die Patienten in einem Einzelinterview befragt, warum sie ihrer Meinung nach noch immer im Landeskrankenhaus untergebracht seien. Die von den Patienten angegebenen Gründe lassen sich in 6 Kategorien einordnen: «Fehlende soziale Beziehungen zur Aussenwelt», «Anpassung an das Krankenhaus», «Fortgeschrittenes Alter und körperliche Gebrechen», «Keine Stellungnahme, wahnhafte Beantwortung der Frage», «Geistige und nervliche Gebrechen» und «Autoritäten, die der Entlassung im Wege stehen». Eine Reihe von Patienten gaben verschiedene Gründe für ihr Verbleiben im Krankenhaus an. Wenn man eine Rangordnung der Kategorien aufstellt, entfällt der prozentual höchste Anteil auf die Kategorie «Fehlende soziale Beziehungen zur Aussenwelt». Es folgten: «Anpassung an das Krankenhaus», «Geistige und nervliche Gebrechen» und «Autoritäten, die der Entlassung im Wege stehen». Die Kategorien «Fortgeschrittenes Alter und körperliche Gebrechen» und «Keine Stellungnahme, wahnhafte Beantwortung der Frage» erhielten den geringsten Anteil.

Berücksichtigt man aber die Reihenfolge, in der vom einzelnen Patienten die verschiedenen Gründe genannt wurden, stehen an erster Stelle die wenig genannten Kategorien «Keine Stellungnahme, wahnhafte Beantwortung der Frage» und «Autoritäten, die der Entlassung im Wege stehen».

Es fällt auf, dass die Kategorien «Fehlende soziale Beziehungen zur Aussenwelt» und «Anpassung an das Krankenhaus», obwohl sie am häufigsten vorkommen, vorwiegend an zweiter und dritter Stelle genannt werden, weniger an erster Stelle.

Patienten sehen als Ursache für ihr Verbleiben in der Anstalt in erster Linie den Abbruch der sozialen Beziehungen zu den nächsten Angehörigen an. Sie sind aber nur begrenzt bereit, dieses spontan als Ursache anzugeben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass etwa 50 % der auf der offenen Abteilung lebenden Patienten mit dem Aufenthalt im Landeskrankenhaus nicht einverstanden sind, aber dennoch ihre Freiheit nicht dazu benutzen, das Krankenhaus zu verlassen.

Korreliert (Punkt-Doppelreihen-Korrelation) man die oben erwähnten Stellungnahmen der Patienten zur Frage nach den Gründen des Krankenhausaufenthaltes mit den Verhaltenskategorien der zweiten Verhaltensbeobachtung, so ergibt sich, dass zwischen den Verhaltenskriterien und den verschiedenen Einstellungen zum Aufenthalt im Krankenhaus kein Zusammenhang besteht. Mit anderen Worten, es ist offenbar ohne Bedeutung für Fleiss, Arbeitswilligkeit und Leistung des einzelnen, ob er nun innerlich mit dem Aufenthalt im Krankenhaus einverstanden ist oder nicht. Es liess sich lediglich eine Beziehung herstellen zwischen den Verhaltenskategorien und dem Punkt «Keine Stellungnahme, wahnhafte Beantwortung der Frage». Hier ergab sich eine negative signifikante Korrelation zu den Kategorien Beliebtheit, Kontakt und Umgänglichkeit. Damit ist der Tatbestand statistisch abgesichert, dass die stärker psychotisch gestörten Patienten kontaktunfähiger sind, schwieriger im Umgang, und dass sie von den Mitpatienten weniger geschätzt werden als die übrigen.

Diskussion

Wenn man das Ergebnis der soziographischen Untersuchungen überblickt, so setzt sich die Grossgruppe der Männerabteilung aus kleinen Untergruppen zusammen, zu denen wiederum ein Teil der Patienten nur in loser Beziehung steht. Einige wenige stehen ganz abseits. Im Laufe der Beobachtungszeit kam es in den Untergruppen zu einer Intensivierung der Beziehungen und einer weitgehenden Einbeziehung in das Untergruppengefüge auch der bis dahin Abseitsstehenden. Es ereignete sich das, was seit MORENO als soziodynamischer Effekt bekannt ist, dass eben der Untersuchungsvorgang zu einer Aktivierung des Kontaktverhaltens führt.

Dieser Tatbestand entspricht auch der Erfahrung, dass die intensivere Beschäftigung von Gruppen von Patienten zu einer Änderung des Beziehungsgefüges im Sinne eines engeren Zusammenhaltes führt. Die Untergruppen kristallisieren sich um 6 bis 9 Patienten, die hohe Sympathiegrade auf sich vereinigen, die man auch die «Stars» der Abteilung nennen könnte. Es war für uns überraschend, festzustellen, dass sich diese «Stars» keineswegs in ihrer Arbeitsleistung aus dem Durchschnitt herausheben, sondern dass allein ihr Kontaktvermögen, ihre Umgänglichkeit sie zu anerkannten Personen werden lässt. Wir hatten angesichts der besonderen Stellung, in der sich die Arbeitstherapie innerhalb unseres Landeskrankenhauses seit HERMANN SIMON befindet, erwartet, dass sich die besonders beliebten Patienten auch durch aus dem Rahmen der Norm fallende Leistung in der Arbeitstherapie auszeichnen würden.

Ebenso überraschend war für uns die Feststellung, dass die subjektive Einstellung zum Krankenhausaufenthalt ebenfalls weitgehend ohne Einfluss auf Fleiss und Sorgfalt im Rahmen des arbeitstherapeutischen Einsatzes ist. Obwohl keiner der Patienten Entlassungswünsche mit Intensität vertritt, wird der Krankenhausaufenthalt keineswegs in dem Masse bejaht, wie man das auf Grund des durchgehenden Wohlverhaltens und der in der Arbeitstherapie erbrachten Leistungen annehmen könnte. Auch steht das Kontaktverhalten im weitesten Sinne in keiner Beziehung zu der Einstellung des einzelnen zum Krankenhaus. Allein hinsichtlich des Ausmasses der psychotischen Gestörtheit besteht ein Zusammenhang zum Kontaktverhalten, zur Anpassungsfähigkeit, wie das auch zu erwarten war.

Nur eine geringe Beziehung besteht zwischen dem Ausmass der psychotischen Gestörtheit und dem Leistungskriterium Fleiss, während zu den Leistungskriterien Arbeitserledigung und Selbständigkeit keine Beziehung besteht. Es lässt sich sagen, dass für die Rangordnung innerhalb der Patientengruppe weniger die Leistungsfähigkeit bzw. ein aus Leistung resultierendes Ansehen massgebend ist als vielmehr die soziale Angepasstheit. Das heisst aber auch im Hinblick auf die Arbeitstherapie, dass diese offenbar an Rehabilitationsdynamik verliert, wenn ein den Anstaltserfordernissen angepasstes Leistungsniveau erreicht ist, ein Leistungsniveau, das dem Kollektivanspruch zu genügen scheint.

Tatsächlich hat sich ja gezeigt, dass auch die Arbeitstherapie die langjährig hospitalisierten Patienten nicht bis zur Entlassung zu rehabilitieren in der Lage war. Dagegen zeigt der soziodynamische Effekt, dass durch aktivierende Massnahmen ein brachliegendes Kontaktpotential zu

mobilisieren ist und für weitere Rehabilitationsmassnahmen zur Verfügung steht.

Es ergab sich dann auch, dass eine – wenn auch in bescheidenem Umfange – seit einem 3/4 Jahr intensivierte gruppentherapeutische Aktivität zu einer Verbesserung des Resonanzverhältnisses der Patienten untereinander und zum betreuenden Personal geführt hat. Die zunehmende Aufgeschlossenheit und Interessiertheit der Patienten zeigte sich in einer allmählichen Verbreiterung des Themenspektrums in den Gruppengesprächen und in einer Zunahme von Aktivität und Eigeninitiative bei der Gestaltung des Zusammenlebens. Im Laufe der Zeit hat sich in diesem ursprünglich lockeren Abteilungsverband chronisch kranker Schizophrener ein Gemeinschaftsgefühl entwickelt.

Zusammenfassung

Arbeitstherapie, Milieutherapie und Pharmakotherapie haben die Situation des Patienten, auch die des dauerhospitalisierten schizophrenen Kranken in den grossen psychiatrischen Einrichtungen grundlegend verändert. Das Bild des schizophrenen Anstaltsartefaktes gehört weithin der Vergangenheit an. Doch hat es den Anschein, als habe sich eine neue Art von psychiatrischem Hospitalismus entwickelt mit dem Resultat eines sich in das Anstaltsgefüge reibungslos einordnenden Patienten, dessen Bindungen an das Krankenhaus die Rehabilitation bis zur Entlassungsfähigkeit erschweren oder sogar unmöglich machen. Zur Erforschung dieses Problems wurde damit begonnen, die Beziehungen von 42 langjährig hospitalisierten Kranken untereinander und zur Institution zu analysieren. Obwohl keiner dieser Patienten Entlassungswünsche mit Intensität vertritt, wird der Krankenhausaufenthalt keineswegs in dem Masse bejaht, wie man es auf Grund des durchgehenden Wohlverhaltens und der in der Arbeitstherapie erbrachten Leistungen annehmen könnte. Die subjektive Einstellung zum Krankenhaus scheint weitgehend ohne Einfluss auf Fleiss und Sorgfalt im Rahmen des arbeitstherapeutischen Einsatzes zu sein, ebensowenig wie eine eindeutige Beziehung zwischen diesen Leistungskriterien und dem Ausmass der psychotischen Gestörtheit der Kranken besteht. Die Arbeitstherapie verliert offenbar an Rehabilitationsdynamik, wenn ein den Anstaltserfordernissen angepasstes mittleres Leistungsniveau erreicht ist. So ist auch für die Rangordnung innerhalb der Patientengruppe weniger die Leistungsfähigkeit als vielmehr

die soziale Anpassungsfähigkeit im weitesten Sinne massgebend. Hier bieten sich noch fruchtbare therapeutische Ansatzmöglichkeiten, da allein schon durch die Untersuchungen und erste soziotherapeutische Massnahmen die Patientengruppe in Bewegung geriet und neue Aktivität entwickelte.

Summary

Pharmacotherapy, occupational and environmental therapy have brought fundamental changes to the situation of even the chronically hospitalized schizophrenic patient in large psychiatric institutions. The 'institutional syndrome' of the schizophrenic is largely a thing of the past. Yet it seems as though another form of psychiatric institutionalism has developed, resulting in a patient who fits into the hospital pattern perfectly and is so tightly bound to it that his rehabilitation and discharge become difficult or impossible. In an attempt to investigate this problem, a start was made with analysing the relationship of 42 chronically hospitalized patients to each other and to the institution. Although none of these patients expressed a strong wish to be discharged, hospitalization is by no means as readily accepted as the continuing well-being and the achievements in occupational therapy would suggest. The subjective attitude to the hospital appears to be largely without effect on dilligence and care in the effort made in occupational therapy; nor does there seem to be an obvious connection between these achievements and the severity of the psychotic disturbance. Occupational therapy evidently loses its dynamism for rehabilitation once a level of output commensurate with the average requirement for the particular institution is reached. The level of achievement is also less significant for the social position of the individual in the group than the social adaptability in general. This provides promising therapeutic possibilities, as the group is set in motion by the first investigations and attempts at sociotherapy, and new activities arise.

Literatur

FREUDENBERG, R. K.: Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. Nervenarzt *33:* 165–172 (1962).

GASTAGER, H.: Die Rehabilitation des Schizophrenen (Huber, Bern 1965).

HÖHN E. und SCHICK, C. P. Das Soziogramm (Hogrefe, Stuttgart 1954).

PANSE, F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen (Thieme, Stuttgart 1964).

SIEGEL, S.: Nonparametric statistics for the behavioral sciences (McGraw-Hill, New York 1956).

SIMON, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt (De Gruyter, Berlin/Leipzig 1929).

VELTIN, A.; KRÜGER, H. und ZUMPE, V.: Soziometrische Untersuchungen an einem chronischen Krankengut als Beispiel für die Bedeutung soziologischer Forschung am psychiatrischen Krankenhaus. Sammlung der Vorträge der XIX. Gütersloher Fortbildungswoche 1966. – Zur Soziodynamik auf einer Abteilung mit chronisch Kranken. Forum der Psychiatrie *19:* 378–386 (1967).

Adresse der Autoren: Prof. Dr. W. TH. WINKLER; Dr. H. KRÜGER; Dipl. Psych. V. ZUMPE und Dr. A. VELTIN, Westfälisches Landeskrankenhaus, *D-4830 Gütersloh* (Deutschland).

Verh. 7. Int. Kongr. für Psychotherapie, Wiesbaden 1967
Teil V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 10–19 (1969)

Rehabilitation und Psychotherapie schizophrener Patienten

G. Benedetti

Psychiatrische Universitäts-Klinik Basel
(Direktor: Prof. P. Kielholz)

Meine Arbeit gliedert sich in folgende zwei Teile:

I. Als Verfasser der fortlaufend alle 5 Jahre in den «Fortschritten für Neurologie und Psychiatrie» erscheinenden Literaturübersicht der internationalen Forschung zur Schizophrenie [4] werde ich einige Punkte hervorheben, die mir die heutige Situation in der Frage der Rehabilitation zu charakterisieren scheinen.

II. Die eigentliche psychotherapeutische Frage wird auf Grund neuerer Daten aus meinem Arbeitskreis besprochen.

I.

Unverkennbar ist seit 15 Jahren im Zusammenhang mit der Psychopharmakologie eine neue Ära der Rehabilitation schizophrener Kranker in voller Entwicklung. Als dritte Phase der Bemühungen um den psychotischen Kranken steht sie gleichberechtigt neben Diagnostik und klinischer Therapie [24].

Wichtigstes Prinzip ist dabei die Belassung der Patienten im sozialen Kräftefeld bei gleichzeitiger medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung.

Diese Entwicklung ist um so bedeutender, als sie nicht nur Ergebnisse, sondern auch weitere Horizonte verspricht: Erhalten doch noch 60 % der Klinikentlassenen bei der Wiedereingliederung in die Gemeinschaft nur ungenügende Hilfe [24].

Als ich vor 15 Jahren [3] meine ersten systematischen, langjährigen

Psychotherapien bei schizophrenen Patienten durchführte, musste ich mir bald bewusst werden, dass eine solche Arbeit nur den *Beweis einer psychodynamischen Komponente in der Genese der Psychose* erbringen, niemals aber einen tatsächlichen Einfluss auf die grosse Zahl der Kranken ausüben konnte. *Diesen entscheidenden Einfluss hat nun die Rehabilitation gehabt.* Nicht nur ermöglicht sie eine soziale Verteilung therapeutischer Kräfte; *darüber hinaus kennt sie, im Gegensatz zur Psychotherapie, keine eigentliche Indikationsgrenze.* Die Rehabilitation Geisteskranker muss sich davor hüten, das Wort «chronisch» mit «unveränderlich» gleichzusetzen [16]. Besonders Erfahrungen in England und in Holland haben gezeigt, dass auch bei langjährigen chronischen Patienten Funktionsverbesserungen zu erzielen sind [4, 12].

a) Einige wenige Beispiele sollen dies zeigen: RENTON *et al.* in Edinburgh [22] haben eine Gruppe von 132 entlassenen Schizophrenen katamnetisch untersucht und festgestellt, dass innerhalb von drei Jahren 48 % der Patientengruppe, die keine psychiatrische Nachbetreuung erfahren hatte, wieder in die Klinik kommen, während es bei den psychiatrisch nachbetreuten Patienten nur 23 % waren.

Zu ähnlichen Resultaten gelangen ORLINSKY und D'ELIA in Chicago [20]. Von 1336 Kranken, die nach der Entlassung weiter in Betreuung standen, wurden 25,7 % innerhalb eines Jahres wieder stationär aufgenommen. Die Vergleichsgruppe mit 796 Schizophrenen war nicht in die nachgehende Fürsorge eingeschlossen. Von diesen mussten 45,5 % im gleichen Zeitraum in das Krankenhaus zurückkehren.

Japanischen Autoren [8] ist es gelungen, hier noch weiter zu differenzieren und festzustellen, dass zwischen den zwei Gruppen von betreuten und nicht nachbetreuten Schizophrenen komplexe Unterschiede sich herausstellen: Vorübergehende Krisen kamen z. B. bei den betreuten Patienten zweimal so häufig vor wie bei den anderen, aber die Zahl der Kranken, die bei der Entlassung im Gleichgewicht waren und später allmählich versagten, wurde in der Forschungsgruppe auf ein Fünftel der Kontrollgruppe reduziert!

Ganze Spitäler und Selbstverwaltungseinheiten werden in die Forschung einbezogen: So vergleicht eine Arbeit aus dem Maudsley Spital in London [26] die soziale Struktur von drei verschiedenen psychiatrischen Spitälern und findet die höchste Zahl an psychischen Störungen unter den Patienten in demjenigen Spital, wo die Rehabilitation nicht fortgeschritten war.

Ebenfalls publizierte MENDEL [17] eine Statistik von zwei Therapieprogrammen, wo die Kontrollgruppe nur Standardtherapien erhielt, wäh-

rend bei der Versuchsgruppe industrielle Verwaltung und Selbstverwaltung in der Abteilung versucht wurden. Bei gleicher Zahl der Patienten gab es 34 Entlassungen in der Kontrollgruppe und 88 in der Versuchsgruppe; von der ersten konnten sich 14, von der zweiten 76 in der Gesellschaft ausserhalb der Klinik bewähren.

Es verwundert nicht, dass *viele Autoren* [12] *eine deutliche Abnahme innerhalb der chronischen schizophrenen Verläufe in unserer Zeit feststellen.* Dies wird genau bewiesen: In den 130 psychiatrischen Spitälern Englands gab es Ende 1952 149 353 Kranke und Ende 1959 nur 136 138, obschon man zu diesem Zeitpunkt infolge der Bevölkerungszunahme 160 000 hätte erwarten müssen [12]. Wie JAEGGI betont [12], kann dieser Rückgang nicht nur als eine Folge der neuroleptischen Therapie gedeutet werden, denn er begann schon vor dem Anfang der pharmakotherapeutischen Ära, die ihrerseits die Rehabilitationsmassnahmen und die Psychotherapien freilich sehr begünstigte [27].

b) Doch nun genug der Beispiele. *Die zweite wichtige Frage ist die der Methode.* Wie schon in der Psychotherapie der Schizophrenie, mit ihrer Vielfalt an schöpferischen Einfällen, und in einem gewissen Gegensatz zur systematischen Psychoanalyse der Neurose, zeigt sich erst recht im Rahmen der Rehabilitation *eine relative Gleichwertigkeit der verschiedenen Methoden,* die wegen der grossen Anzahl der Patienten genau nachgeprüft werden kann. Diese ergibt sich z. B. eindrücklich aus einer kanadischen Forschung [15], die von drei verschiedenen Rehabilitationsgruppen in derselben Klinik berichtet. Die erste Gruppe war um eine stets anwesende Gruppenführerin polarisiert; die zweite wurde einem streng verordneten Aktivierungsprogramm unterzogen; die dritte wurde nach einem vom psychiatrischen Team aufgesetzten Plan behandelt. Eine vierte Gruppe diente als Kontrolle und erfuhr keine intensiven Bemühungen. Nun machten die drei experimentellen Gruppen wichtige therapeutische Fortschritte im Vergleich zu der Kontrollgruppe; gegenseitig differierten sie aber nicht.

HUTT *et al.* [11], untersuchten eine Gruppe von Schizophrenen unter verschiedenen Arbeitsbedingungen (Hausarbeit, Industriearbeit und handwerkliche Beschäftigung). Der Zustand der Kranken bei der Beschäftigung und in klinischer Hinsicht wurde laufend mit Schätzskalen überprüft. *Bei dieser Untersuchung zeigten sich die drei verschiedenen Beschäftigungsarten hinsichtlich des Besserungswertes gleichwertig. Alle* Gruppen besserten sich ähnlich unter dem Rehabilitationsverfahren.

c) *Man kann in der heutigen Rehabilitation grundsätzlich zwei verschieden Haupteinrichtung unterscheiden:* Entweder wird die sogenannte

«kreative» Arbeit, mit Bild- und Malstoffen, die Gruppentherapie, das Gespräch in Anwesenheit eines Gruppenleiters, also das eigentlich psychotherapeutische Element hervorgehoben; oder es wird die Arbeit in einer geschützten Werkstatt vorgezogen, wo die Patienten sogar relativ unabhängig voneinander arbeiten und also eher das Erleben des eigenen Könnens, des Integriertseins in einer arbeitenden Sozietät bekommen. Obschon ich mehr Erfahrungen auf dem ersten Gebiet habe, das übrigens in allen Schweizer Kliniken, in Basel [1, 2], in Zürich [5, 21], Bern [25], Lausanne [19] und Genf [14], besonders entwickelt ist und mit der schweizerischen Tradition der Psychotherapie, der menschlichen Fürsorge, des sich Einfühlens in den Geisteskranken im Zusammenhang steht, möchte ich objektiv zugeben, dass man in guter Treue auch anderer Meinung sein kann: So stellt eine Arbeit aus dem Springfield Spital in England [10] fest, dass von den untersuchten Gruppen diejenige, die in der Werkstätte eingesetzt war, wo die Patienten unabhängig voneinander arbeiteten, die deutlichste Besserung erkennen liess.

Freilich alternieren sich die verschiedenen Phasen je nach dem Zustand des Kranken, wie CANTONI [7] in Lausanne betont.

d) Diesen ersten Teil meiner Ausführungen möchte ich mit der Feststellung abschliessen, dass sich nirgends so deutlich wie in der Rehabilitation zeigt, was schon die Psychotherapie nahegelegt hatte: Das Schicksal des Kranken gestaltet sich an unserer Einstellung zu ihm [SIIRALA, 23]. Dies ergibt sich nicht nur aus der Tatsache der Rehabilitation, die eine Einstellung der Gesellschaft zum Kranken ist, sondern auch aus der Art, wie eine solche Rehabilitation z. B. angesichts der Familienreaktionen verläuft. Die gelegentliche Feststellung, dass einzelne Syndrome, eine z. B. «therapieresistente paranoide Symptomatik und chronische Wahnbildung» sich einer betrieblichen Wiederverwendung entgegenstellen [18], ist weniger wichtig als die andere, dass erfolgversprechend vor allem die Fälle sind, bei denen ein pathogenes Milieu eine Rolle spielt [18], und dass anderseits die Einstellung der Umgebung und der Familie zur Rehabilitation von grosser Bedeutung ist [DE AJURIAGUERRA, 13].

II.

Die grosse Entwicklung der heutigen Rehabilitationsverfahren sollte uns diejenige der Psychotherapie im engeren Sinne nicht vergessen lassen. Vielfältig sind die Beziehungen zwischen Rehabilitation und Psychotherapie, wie sich dies schon aus der Tatsache ergibt, dass eine Trennung zwischen

Therapie und Rehabilitation in der Psychiatrie kaum so scharf gefaßt werden kann wie in der übrigen Medizin [Gabbagher, Du Bois, Walther-Büel], und dass die Gruppentherapie ein natürliches Bindeglied zwischen den beiden ist [Battegay, 1, 2]. So finde ich es nicht unangebracht, diesen Beitrag mit einer *Übersicht über eine Gruppe von schizophrenen Patienten abzuschließen, die während der letzten Jahre in meinem Arbeitskreis unter meiner Kontrolle psychotherapeutisch behandelt wurden.*

Vorausgesetzt möchte ich, dass diese Arbeit nicht in Basel, sondern in Mailand stattfand, wo eine Mitarbeiterin von mir, Frau Dr. Neumann, während den letzten 15 Jahren sich der Psychotherapie der Schizophrenie widmete und 20 Kranke behandelte.

Das Material, das ich hier zusammenfasse, stammt also aus einer einzigen Quelle, und dies hat den grossen Vorteil der Einheitlichkeit.

Nirgendwo wie gerade in der Psychotherapie der Psychose hat nach meiner Erfahrung die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten eine so hervorragende Bedeutung, mindestens eine so grosse wie die Behandlungsmethode selber. Nur so können wir verstehen, weshalb die Resultate von Therapeut zu Therapeut selber im Rahmen der gleichen Methode schwanken können.

Die Methode der Behandlung soll hier nicht besprochen werden. Sie entspricht im wesentlichen den Richtlinien, die ich selber im Rahmen früherer Publikationen umrissen habe. Ich beschränke mich hier auf die *Ergebnisse* dieser Forschung.

Die Statistik von Frau Dr. Neumann erfasst 20 schizophrene Patienten, die bei der Erkrankung zwischen dem 17. und dem 34. Lebensjahr standen. In der Mehrzahl der Fälle (12) schwankte das Erkrankungsalter zwischen dem 20. und dem 25. Lebensjahr.

Die klinische Diagnose wurde nicht nur von der Therapeutin, sondern auch von mir in der Kontrolle der Psychotherapie festgestellt. Sie lautet *mal paranoid bei 8 Fällen, Mischpsychose bei vorwiegend depressiver Symptomatik bei 7 Fällen, Katatonie bei 2 Fällen, Schizophrenia simplex bei 2 Fällen, Hebephrenie in einem Falle.*

Etwa drei Viertel der Patienten waren Universitätsstudenten oder hatten einen akademischen Beruf, was sich daraus erklärt, dass die Behandlung von intelligenten und gebildeten Jugendlichen als ein Hauptkriterium der Indikation gewählt wurde. Drei weitere Patienten arbeiteten für ein Diplom.

Es wurden keine ausgesprochen akuten Fälle mit plötzlichem schizophrenem Ausbruch gewählt; *die Krankheitsdauer* vor dem Beginn der Psychotherapie schwankte zwischen 2 und 10 Jahren und betrug *im*

Durchschnitt 4 Jahre. Sie hatte in keinem Falle zu einem sehr schweren Persönlichkeitsabbau geführt. Die meisten Patienten waren in einer privaten psychiatrischen Klinik, wo Frau Dr. NEUMANN als Psychotherapeutin arbeitet, hospitalisiert; nur vier Kranke wurden von Anfang an ambulant behandelt.

Die Psychotherapie bestand bei 12 Patienten nur aus Einzelsitzungen. Diese fanden in der Regel zweimal wöchentlich statt, und sie dauerten jeweils 2 Stunden. Bei weiteren 8 Fällen war diese Einzeltherapie mit einer Gruppentherapie kombiniert, welche durch dieselbe Therapeutin erfolgte und meistens in einer doppelstündigen Sitzung pro Woche bestand.

Die Dauer der Psychotherapie schwankte zwischen einem und vier Jahren. Bis zu einem Jahr Psychotherapie hatten vier Patienten, bis zu zwei Jahren drei, bis zu drei Jahren vier, und bis zu vier Jahren neun Patienten. *Etwa die Hälfte der Patienten wurden also während ausgesprochen langer Zeit behandelt.*

Die Katamnese nach dem Abschluß der Therapie dauerte:

13 Jahre in einem Fall; 11 Jahre in einem 2. Fall,
8 Jahre in einem 3. Fall, 6 Jahre in einem 4. Fall,
5 Jahre in einem 5. Fall, 4 Jahre in einem 6. Fall,
3 Jahre in einem 7. Fall, 1 Jahr bei 6 Patienten und
6 Monate in einem letzten Fall.

Die Therapie ist schließlich noch im Gange, etwa in der Form einer Nachbehandlung bei 6 weiteren Fällen.

Ergebnisse: Die Patienten sind nicht nur von der Therapeutin, sondern teilweise auch von mir nachuntersucht worden, sei es mittels eingehender Fragebogen, welche Introspektionsfähigkeit, Krankheitseinsicht, Übertragung, subjektive Einschätzung der Therapie, Einstellung zu sich und zu den Mitmenschen prüften, teils auch auf Grund direkter Gespräche. Bei den direkt nachuntersuchten Fällen habe ich das vollständige Fehlen von psychotischen Symptomen feststellen können.

Auf sozialer Ebene ist ferner festzustellen, daß von den Studenten 10 ihr Studium abgeschlossen haben und einen akademischen Beruf ausüben. Drei weitere Patienten haben ein Diplom erworben. Ein sozialer Abstieg im Verlaufe der Psychotherapie geschah in keinem Falle.

Im Gegensatz zu diesen Resultaten im beruflichen Bereich steht die Entwicklung der intimen Sphäre der Kranken, denn von 20 ledigen Patienten hat sich nur einer (Mann) verheiratet.

Das Gesamtergebnis der katamnestischen Untersuchungen wird von der Therapeutin folgendermaßen zusammengefaßt:

a) vollständige soziale Heilung bei 10 Patienten;

b) sehr starke Besserung bei guter sozialer Eingliederung bei 6 Patienten;

c) nur leichte Besserung bei mühsamer sozialer Eingliederung bei 3 Patienten;

d) vorläufige Besserung in der Psychotherapie, gefolgt durch Unterbrechung derselben durch die Familie in einem Fall.

Dazu möchte ich einige Bemerkungen anschliessen:

1. Zur ersten Gruppe (a) gehören die Hälfte der Patienten.

2. Nimmt man die erste (a) und die zweite Gruppe (b) zusammen, so kann man sagen, dass mindestens drei Viertel aller Fälle sozial weitgehend geheilt sind.

3. Die 6 Patienten, welche eine Katamnese von mindestens 4 Jahren haben, gehören alle zu der ersten Gruppe. Dies beweist, dass es sich um sicher stabile Heilungen handelt.

4. Die 3 Patienten, welche zur dritten Gruppe (c) gehören, sind dagegen alle in Behandlung. Sie sind seit 3–4 Jahren krank.

5. Die Psychotherapie dauerte bei den Fällen, die zur ersten Gruppe (a) gehören, zwischen 1 und 4 Jahren, durchschnittlich nicht einmal 3 Jahre. Da nun die Patienten der dritten Gruppe (c) mindestens 3 Jahre lang behandelt worden sind, kann man sagen, dass zwsichen der Dauer der Psychotherapie und der Art des Ergebnisses keine Korrelation besteht.

6. Viel eher scheint ein Zusammenhang zwischen Prognose und Zustandsbild zu bestehen; so ist derjenige Patient, bei dem eine seit 10 Jahren bestehende Schizophrenia simplex diagnostiziert wurde, nur leicht gebessert, und er hat Mühe, sich sozial anzupassen.

7. Dadurch, dass ich die Fälle in grösseren Zeitabständen kontrollierte, konnte ich selber eine Distanz zu dieser Arbeit gewinnen, die mir eine möglichst objektive Nachuntersuchung ermöglichte.

Ich schliesse meine Ausführungen mit dem Ausdruck meiner Überzeugung, dass die Psychotherapie die eigentliche Matrix der heutigen Rehabilitation gewesen ist, weil sie eine nicht nur «pathoplastische», sondern auch sozial strukturierende Dimension der Schizophrenie von Anfang an vertreten hat.

Zusammenfassung

In erster Linie werden die wichtigsten Arbeiten erläutert und diskutiert, die in den letzten Jahren in Europa sowie in Amerika auf dem Gebiet

der Rehabilitation schizophrener Kranker entwickelt worden sind. Diese Probleme werden in medizinischer, pflegerischer, familien- und gruppensoziologischer Sicht untersucht. Es wird in der Arbeit insbesondere Wert gelegt auf das Vorliegen konkreter Forschungsprojekte und Arbeitsergebnisse, welche quantitative Ergebnisse zeigen. Diese Arbeiten sind in einem doppelten Sinne wichtig, sowohl als soziotherapeutische Ansätze, wie auch als Beiträge zur Diskussion über das Wesen der schizophrenen Erkrankungen.

In einem zweiten Teil werden Beziehungen zwischen Rehabilitation und Psychotherapie diskutiert und Ergebnisse einer psychotherapeutischen Forschungsarbeit an schizophrenen Kranken unter Aufsicht des Autors mitgeteilt.

Summary

The most important European and American developments of recent years in the rehabilitation of schizophrenic patients are discussed. The problems are viewed from the medical standpoint as well as that of nursing care, the sociology of the family and the group. In the present survey, particular value is attached to concrete research projects and investigations which provide quantitative results. This is particularly important both from the point of view of sociotherapy and from that of a contribution to discussion of the nature of schizophrenia.

In the second part, relationships between rehabilitation and psychotherapy are discussed and the results of research supervised by the author into psychotherapy of schizophrenic patients are presented.

Literatur

1. Battegay, R.: Psychotherapy of schizophrenics in small groups. Int. J. Group Psychother. *15:* 316–320 (1965).
2. Battegay, R.: Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen und deren Angehörigen. Z. Psychother. med. Psychol. *16:* 135–145 (1966).
3. Benedetti, G.: Psychotherapie der Schizophrenie. Nervenarzt *25:* 197–201 (1954).
4. Benedetti, G.; Kind, H. und Wenger, V.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1961–1965, Übersicht. Fortschr. Neurol. Psychiat. *35:* 41–121 (1967).
5. Bleuler, M.: Über die dringliche Reform der Berufsausbildung psychiatrischer Schwestern und Pfleger. Prakt. Psychiat. *19/20:* 1–10 (1966).

6. Bräutigam, W.: *Zur Erkrankungsinzidenz und psychotherapeutischen Indikation bei Schizophrenen*; in C. Müller und G. Bondolfi 3. Int. Symp. Psychotherapie der Schizophrenie, Lausanne 1964, pp. 177–188 (Karger, Basel/New York 1967).
7. Cantoni, R.: Une nouvelle réalisation dans la réadaption professionnelle des malades nerveux et mentaux. Rev. méd. Suisse rom. *86:* 269–277 (1966).
8. Eguchi, Y.: The prevention of failure in the rehabilitation of discharged schizophrenic patients (Japanese). Psychiat. Neurol. jap. *64:* 921–927 (1962).
9. Haefner, H.: Über die Rehabilitation jugendlicher Schizophrener. Fortschr. Med. *83:* 541–546 (1965).
10. Hamilton, I. Q.: Changes in chronic schizophrenia. Brit. J. Psychiat. *109:* 642–648 (1963).
11. Hoyt, S. J.; Crooker, T. G. and Glancy, L. J.: The behavior of chronic psychotic patients during three types of occupation. Brit. J. Psychiat. *110:* 270–282 (1964).
12. Jaeggi, F.: Aspects sociologiques de l'hospitalisation et de l'évolution des psychoses chroniques (Droz, Paris 1963).
13. Jaeggi, F.; Silva, A. de et Azurduerra, J. de: L'influence des facteurs sociologiques sur la chronicité des schizophrènes hospitalisées. Med. Hyg. *19:* 1–11 (1961).
14. Jaeggi, F. et Moreira da Silva, A.: Facteurs sociaux dans l'évolution de la schizophrénie. Acta med. soc. *2:* 131–137 (1963).
15. Lamprecht and Apulzky: Evaluation of treatment methods for chronic schizophrenia. Arch. ges. Psychiat. *8:* 8–21 (1963).
16. Martino und Petersson: Erfahrungen bei der Rehabilitation chronischer langbehandelter Patienten psychiatrischer Kliniken (Schwedisch). Svensk. Läk. Tidn. *59:* 1065–1077 (1962).
17. Mendel, M.: Hospital treatment for chronic schizophrenics. J. existent. Psychiat. *4:* 49–58 (1963).
18. Moellmann, G.: *Zur* Begutachtung und Rehabilitation *der* sogenannten schizophrenen Defektzustände in der Rentenversicherung. Med. Sachverständige *61:* 57–65 (1965).
19. Müller, Ch.: La *rôle de* l'hôpital dans la psychiatrie moderne. Société vaudoise d'hygiène mentale, Rapport 1964, pp. 1–16.
20. Orlofsky und D'Elia: Rehospitalization of the schizophrenic patient. Arch. gen. Psychiat. *10:* 47–54 (1964).
21. Petersson, P. und Pfäffli, E.: Beschäftigungstherapie an der Zürcher Psychiatrischen Klinik. Z. Beschäftigungsther. Rehabil. *2* (1967).
22. Redpath, C. A.; Affleck, J. W.; Carstairs, G. M. and Forrest, A. D.: A follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh. Acta psychiat. scand. *39:* 548–600 (1963).
23. Sirala, M.: Sozialpathologie innerhalb der Psychotherapie (Schwedisch). Nord. psykiat. T. *17:* 209–214 (1963).
24. Vredegoe, H.: Nachsorge und Rehabilitation bei Psychosen. Therapiewoche *13:* 1034–1037 (1963).

25. Walthard-Büel, H.: Neue Wege zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Blätter der Wohlfahrtspflege, pp. 217–220 (1964).
26. Wing, J. K. and Brown, G. W.: Social treatment of chronic schizophrenia: A comparative survey of three mental hospitals. J. ment. Sci. *107*: 847–861 (1961).
27. Wohlfahrt, W. Th.: Die kombinierte Psycho- und Pharmakotherapie bei Schizophrenen; in N. Petrilowitsch und H. Kranz Probleme der pharmakopsychiatrischen Kombinations- und Langzeitbehandlung, 1. Rothenberger Gespräch 1963, pp. 191–197 (Karger, Basel/New York 1966).
28. Wohlfahrt, W. Th.: Die Schizophrenie als sozialer Prozess. Psychother. med. Psychol. *17* (1967).

Adresse des Autors: Prof. Dr. G. Benedetti, Psychiatrische Universitäts-Poliklinik, Petersgraben 1, *CH-4000 Basel* (Schweiz).

Verh. 7. Int. Kongr. für Psychotherapie, Wiesbaden 1967
Teil V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 20–22 (1969)

Rehabilitation bei Schizophrenen

H. HÄFNER, Heidelberg

Zwei Gruppen von rehabilitationsfähigen Schizophrenen werden unterschieden:

1. Die langjährig anstaltsinternierten Kranken, die Beruf, Freunde und soziales Ansehen in der Gemeinschaft eingebüsst haben. Da sie zudem während des Anstaltsaufenthaltes die ihnen verbliebenen auf Durchsetzungsvermögen, Selbstsicherheit und Selbständigkeit orientierten Fähigkeiten meist der Anpassung an ein pathologisches Binnenmilieu geopfert haben, sind sie ausserhalb der Anstalt oft nicht mehr lebensfähig.

Ihre Wiedereingliederung hat in zwei Schritten zu erfolgen:

a) In einem Aktivierungsprogramm zur Vorbereitung auf die Entlassung müssen sie diejenigen beruflichen und sozialen Fähigkeiten wiedererlernen, die notwendig sind, um ausserhalb des psychiatrischen Krankenhauses leben zu können.

b) Nach der Entlassung muss eine Reihe flexibler therapeutischer und beschützender Massnahmen zur Verfügung stehen. Einzel- und gruppentherapeutische Nachbetreuungen sollen dazu verhelfen, eine bessere Kontrolle innerer und äusserer Konflikte zu vermitteln. Die Medikamente müssen in schweren Fällen innere Spannungen reduzieren. Wo ein dauerndes Handicap bleibt, müssen therapeutische Clubs, beschützende Wohngemeinschaften und ein geschütztes Arbeitsmilieu zusammen mit einem Abbau der diskriminierenden Vorurteile der Gesellschaft die Belastungen auf ein ertragbares Mass reduzieren. Chronisch Schizophrene gehören jedenfalls nicht auf Dauer in das psychiatrische Grosskrankenhaus, sondern unter psychiatrischer Obhut zurück in die Gemeinde.

2. Zur zweiten Gruppe zählen u. a. die akuten schizophrenen Krisen und die Prozess-Psychosen des Adoleszentenalters. Wenn in diesen Fällen erhebliche Persönlichkeitsstörungen vor der Erkrankung bestanden haben – und das ist in der Mehrzahl der Fall – dann sind Massnahmen der sozialen Rehabilitation Bestandteil der Therapie. Es werden unterschieden:

a) Aktivitäten mit dem Ziel einer Verbesserung der sozialen Anpassungsfähigkeit des Kranken selbst. Dieses Ziel ist erreichbar durch ein besseres Verständnis und eine bessere Kontrolle innerer Konflikte, durch Verringerung der äusseren Konflikte und eine schärfere Unterscheidung zwischen eigenen Gefühlen und Phantasien des Kranken einerseits, und seinen Sekundärbeziehungen in Beruf und Gesellschaft andererseits, und schliesslich durch die Vermittlung sozialer Verhaltensmuster und Kommunikationstechniken, die ein stabiles Rollenverhalten in der Gesellschaft erleichtern.

b) Die zweite Gruppe der Massnahmen zielt auf eine Verringerung der Umweltbelastungen ab. Zu ihr zählt neben den bereits für ehemalige Anstaltskranke aufgezählten beschützenden Institutionen vor allem die Familientherapie, die eine Zwischenstellung zwischen den persönlichkeits- und milieuorientierten Massnahmen einnimmt.

Aus einer vorläufigen Auswertung der Ergebnisse eines eigenen Rehabilitationsprogramms (Nachsorge: Nachtklinik, Gruppentherapie, Einzelbetreuung, Patienten-Club, Berufsfürsorge) für jugendliche Prozess-Schizophrenien wird u. a. berichtet, dass die durchschnittliche Nachsorgezeit 8½ Monate betrug. Die Resultate waren hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gut: 60 % arbeiteten voll, 25 % teilweise und nur 1 von 38 Untersuchten – eine Patientin, die nie in ihrem Leben eine Anstellung gehabt hatte – konnte nicht beruflich rehabilitiert werden. Weniger als ¼ der Kranken musste eine soziale Niveausenkung in Kauf nehmen.

Von den Symptomen der Psychose waren die besten Resultate (in weniger als 30 % vorher notierte Symptome noch nachweisbar) bei den sogenannten Defektzeichen festzustellen: Adynamie (Gefühlsentleerung, Antriebslust) und Leistungsversagen. Mittelgute Resultate (in 30–50 % vorher notierte Symptome noch nachweisbar) waren bei Angst, Depression, Halluzination und Wahn erzielt worden. Die schlechteste Prognose hatten (in mehr als 50 % vorher notierte Symptome nicht verschwunden) Denkstörungen, Autismus und inadäquate Gefühlsreaktion.

Subjektiv sind Bedrücktheit und Depression, das Gefühl, den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen zu sein, Einsamkeit und Angst die

S.C.E.R.T., West Bengal
Date 8. 2. 71
S.C.E.R.T., W
Library

häufigsten Beschwerden, von denen sich die Kranken in ihren Lebensmöglichkeiten beeinträchtigt fühlen. Sie sind viel häufiger als alle klassischen Schizophrenie-Zeichen. Die Rückfallgefährdung – 14 von unseren 38 nachuntersuchten Fällen wurden ein- oder mehrmals rückfällig – scheinen unter den gegenwärtigen Behandlungsbedingungen weniger beeinflussbar zu sein als der sogenannte Defekt, der vermutlich weitgehend reversibel und in vielen Fällen eine Folge ungünstiger sozialer Wechselwirkungen ist.

Adresse des Autors: Prof. Dr. Dr. H. HÄFNER, Sozialpsychiatrische Klinik der Universität Heidelberg, *D-69 Heidelberg* (Deutschland).

Proc. 7th Int. Congr. of Psychotherapy, Wiesbaden 1967
Part V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 23–33 (1969)

The Home-concept of Psychotic Patients and the Prevention of Chronic Hospitalization

W. KEUP

Brooklyn State Hospital
(Director of Research: W. Keup, M. D.)

During the past 20 years, and particularly since the advent of psychotropic drug therapy, it has been possible in many countries greatly to improve facilities and general atmosphere in most mental hospitals. For many patients who were deprived of a haven and a regulated, sheltered life at home, the comfort and security offered in those hospitals are better than conditions they had found in their community.

A number of years ago we started using a new projective technique in order to investigate the home-concept of schizophrenic patients. They were asked to build 'a home', using dollhouse material. We were soon struck by the fact that a number of patients built homes looking like the wards they lived in (fig. 1). Detailed investigations made it clear to us that the results of the test unconsciously meant to represent the home of the patient. They felt that they had permanently settled in the hospital.

This led us to investigate to what degree such an attitude might become a deterrent against release from the hospital with the patient clinging to the ward and not wanting to return anymore to the community and a normal home environment. In order to obtain reliable figures we asked each of the over 3,000 patients of our hospital to answer 33 questions on a questionnaire, completed by their doctors, concerning 1. their desires for the future, in particular as to staying at the hospital or leaving it, and 2. as to the personal ties they had developed within the hospital. These data, together with the patient's personal, medical, and psychiatric data were put on punch cards for computer processing and totals of the hospital population as a whole were extracted as base line data. After 2½ years, and again after 5 years the patient's fate as to leaving the hospital

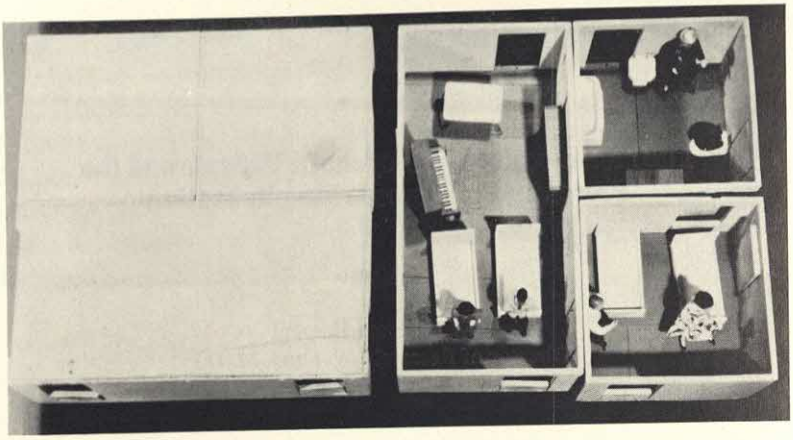


Fig. 1. Home-Test result of H. L. (# 91356), a 41-year-old male chronic schizophrenic patient, hospitalized for 15 years. The patient showed a typical ward surrounding instead of a home atmosphere. The left side upside-down room units had been placed as a roof over the right half of the test (removed for photography).

or staying with us was checked. This information entered into the punched records, the cards were then assorted according to wishes expressed, according to diagnosis, and many other criteria. A computer workup followed, aiming at finding answers to the question of whether the desires of the patient, justified or not, were able to influence the outcome of psychiatric efforts to guide the patient back into normal life.

Besides this subjective investigation, in which the patients provided the information, we obtained objective data with the staff doctors providing the evaluation. They made a judgement on each of our patients on their reasons for staying in the hospital.

The evaluation of the figures extracted from these answers yielded a number of clues on the settling-down of patients in the hospital and on what might be done to prevent it. In the following, some of the material from both studies is presented.

Objective study

Brooklyn State Hospital, situated in the midst of New York City with its typical urban atmosphere, obtains its patients exclusively from families liv-

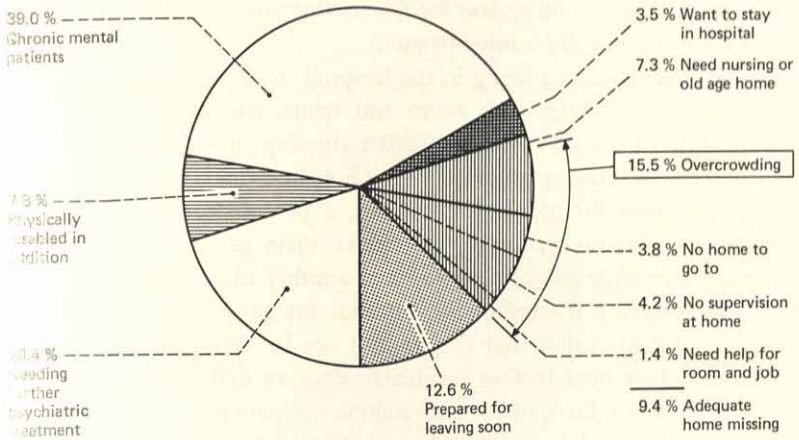


Fig. 2. Reasons for not leaving the hospital, as reported *objectively* by the Medical Staff evaluating 3,043 patients of Brooklyn State Hospital. Number of patients expressed as % of total population.

in the neighbourhood. As in other urban areas, family placement is extremely difficult. Even the supervision of an impaired member of the own family under these conditions, and particularly if in addition both husband and wife are working, often proves impossible. Traffic hazards and the complexity of a highly technical world add to this, creating a hostile surrounding for any mental patient returning to normal life. Difficulties in discharging patients, therefore, are chronically with us in hospitals like ours. The results below should be viewed in this light.

The hospital's medical staff classified our 3,043 patients as shown in Fig. 2. Almost half of the patients are chronically ill with little hope for leaving the hospital at all. They remain for mental reasons as well as a combination of physical disablement with psychiatric impairment. 20.4 % of the patients were judged to need further psychiatric treatment, with a good chance to leave within 5 years, and 12.6 % of the population were prepared for leaving within 3 months. A total of 507 patients were considered to be fit to leave the hospital, provided a space could be found for them, either in a Nursing Home or a Home for the Aged (7.3 %), or at their own home. In a total of 9.4 % of our patients the lack of a home to return to or the lack of adequate supervision for the patient at the home was listed as reason for not leaving the hospital. In 3.5 % of the population,

or 106 patients, the main reason for not leaving was that they were poorly motivated and decidedly wanted to stay.

Besides the reason of living in the hospital in rather comfortable, well regimented surroundings with room and board and often a minor job, conducted at will, such as washing cars, running errands, etc., there are other reasons for staying attached to the hospital: there are those patients motivated to stay for psychiatric reasons, a paranoid system, feelings of insufficiency, general anxiety, which make them seek the shelter which the hospital provides. And then there is another rather important group of patients wanting to stay in the hospital for good reasons: they have enough insight to realize that they would not be able to function on the outside, that they need further psychiatric care, or that they are physically unable to care for themselves. The number of patients, then, wanting to stay is in reality much larger than indicated in fig. 2.

Our hospital is at this time overcrowded by 15.5 % of its certified capacity. Those patients who could leave, according to a psychiatric judgment and provided space could be found for them elsewhere, represent a total of 16.7 %.

Subjective study

A tabulation of the desires of our patients, when confronted with the decision to stay or to leave, yielded the percentage distribution shown in fig. 3. Almost one-third of our population, 31.0 %, wants to stay in the hospital. A detailed analysis of their records seemed to indicate that approximately one-half of them, or 15.8 %, were justified to do so because of their mental or mental/physical condition. The other 15.2 % of this group appeared to cling to the hospital when they should be wanting to leave by medical judgment. Their motivation was poor, and in general they claimed not to have plans for the future and not to have homes to return to, although this proved not always to be true. It is interesting to note that in the objective study only one-fourth of these patients were listed as hindered by their desire to remain in the hospital, the rest of them being largely unrecognized.

Characteristics of patients wanting to stay

In order to find the motives of those patients not wanting to leave the hospital, and in order to find means of counteracting their difficulties and

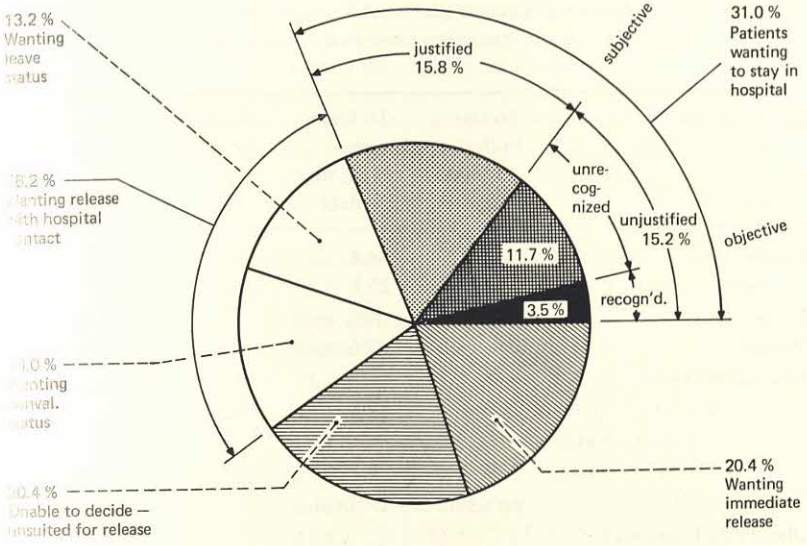


Fig. 3. Wishes as to future release from the hospital as expressed *subjectively* by 2,033 in-patients. Shown as % of the total population.

motivating them more effectively, an analysis of their characteristics was attempted. For this purpose the total population was subdivided into 4 groups: 1. patients who wanted to stay; 2. patients who wanted to leave but to remain in contact with the hospital ('Leave Status' and 'Convalescent Status'); 3. patients who demanded immediate release and 4. those patients who were unable to decide and were obviously unsuited for release because of their condition. Their characteristics are shown in tables I and II, and compared to those of the remaining three groups of patients. It can be seen that those who want to stay are more often females; the males are more prevalent in the group asking for immediate freedom. In such characteristics as marital status, religion, physical health, and psychiatric diagnosis, no significant differences between the first three, the active groups, could be determined. Our hospital is left with 74 lobotomized patients; they largerly accumulate among patients wanting to stay. The duration of hospitalization and duration of illness are longest among the non-motivated group.

Table II lists some data of the patients' activities within the hospital and related conditions; those patients wanting to stay show in general a

Table I. Case history data of patients wanting to stay in the hospital, as compared to those of the remaining patients with other wishes

Patient's desire → Characteristics		To stay in the hospital	To leave with hospital contact	'Immediate freedom'	Unable to decide
Sex: female	%	*33.6*	36.4	13.2	14.1
male	%	24.6	25.1	*33.8*	16.5
Marital status		no significant difference			
Religion		no significant difference			
Duration of illness (mean)	years	*14.8*	12.6	13.3	12.0
Duration of hospitalization (mean)	years	*12.5*	9.2	10.5	9.8
Physical health		no significant difference			
Lobotomized patients (N=74)	No.	*31*	21	14	8
Psychiatric diagnosis		no significant difference			

poor participation in work activities. They have not, as we expected, developed more friendships in the hospital. They receive an average number of visitors, but more of them lack financial resources on the outside. A quarter of them admit outright to being afraid to leave the hospital, by far the highest figure among all groups. They report in 43.9 % to have a home to return to, considerably less than the other two active groups with over 73 %, and only a third of them are wanted at home. Accordingly, they go less often on home visits. Their activity in general is low. Only one-third of them participate in religious services and aside from the non-responsive group they are also the least active in recreational activities. As to therapeutic programs, they are the most active group in occupational therapy, a substitute, it seems, for the home workshop. One would expect that they would be the main target of group therapy, but they are not: only 8.8 % participate, against 20 % participation by the group wanting release with hospital contact. This latter group must be considered to be the most hopeful by far as to future release from the hospital.

The relatively long duration of illness can be interpreted as being a cause of the desire to stay, the patient giving up the fight and settling

Table II. Activities and other relations to the world of patients wanting to stay in the hospital as compared to those of the other patients, having different wishes Expressed as % of the patients within one group

Patient's desire → Characteristics Noted as % of group	To stay in the hospital	To leave with hospital contact	'Immediate freedom'	Unable to decide
Work activity/hospital	1.5	*7.8*	3.0	0
Have close friends in the hospital	33.0	*44.3*	32.9	8.0
Receive visitors	79.5	77.0	*81.4*	34.8
Have outside financial resources	11.3	19.4	*22.4*	3.0
Are afraid to leave	*25.9*	11.5	3.9	8.4
Have a home to return to (subj.)	43.9	73.5	*73.9*	12.1
Desired at home	36.2	65.6	*69.1*	24.8
Go on home visits	31.9	*59.7*	36.2	6.9
Attend religious services	37.6	*45.9*	38.1	5.8
Attend recreational activities	32.2	*53.0*	29.6	6.4
Attend occupational therapy	*61.0*	32.5	19.3	.9
Obtain group therapy	8.8	*20.0*	9.0	.6

down. Or it might be a consequence of the desire to stay by failure to fight for freedom from hospitalization. We have therefore attempted to obtain data on the time sequence of these events. Our preliminary results indicate that there exists a standard time sequence as illustrated by the age distribution of the different groups obtained from the objective set of data. They are shown in fig. 4. The group ready to move out, but keeping hospital contact, is the youngest, with a mean age of 42.4 years (curve A). Those patients not having a home to return to (curve E) have the same mean age as the chronic hospital population with little chance to leave (curve B). Those patients, however, who do not want to leave (curve C), are older by 3.3 years only, and the population who could leave, provided a place in a Nursing Home or Old Age Home could be found for them,

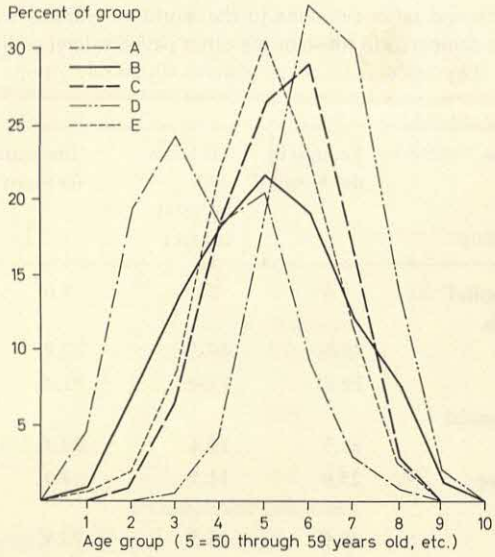


Fig. 4. Age distribution of patient groups as obtained from the objective study. Data expressed as % of the group.
A = patients prepared for leaving the hospital soon (N=385),
B = patients justifiably staying for long-term medico-psychiatric care (N=2045),
C = patients wanting to stay in the hospital (N=106),
D = patients to be placed in Nursing Homes or Homes For The Aged (N=221),
E = patients in need of an adequate home (N=286).

are approximately 10 years older again (curve D). This and other data seem to indicate that once the home-base is lost, it takes an average of as little as 3 years to produce the response of not wanting to leave, which then keeps the patients for extended periods, 10 years or more in the hospital.

Fate after 5 years

When the patients were reviewed after 5 years as to their status on the hospital's books, a distinct influence of the patients' desires on their future in the hospital was found. The respective figures are represented in table III. As expected, the group wanting to stay, indeed manages to do so to the largest extent and, apart from the non-responsive group of pa-

Table III. Fate after 5 years of the patient groups obtained from the subjective study in which the patients had expressed their own wishes
Data expressed as % of the group

Patient's desire → / Fate after 5 years	To stay in the hospital	To leave with hospital contact	'Immediate freedom'	Unable to decide
Still in hospital	*65.0*	55.5	61.0	42.2
Left with hospital contact	4.6	*7.9*	4.4	2.0
Discharged	5.7	*22.2*	**12.5**	3.3
Died	**22.4**	12.5	17.7	*51.2*
Transferred/Fate unknown	2.3	1.9	4.4	1.3
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0

tients, has the lowest discharge rate by far. We were more startled by the finding that they were also second in frequency of death. Might it be that here a mechanism is active known from prisoner of war camps of the Korean conflict as 'Give-up-itis' [MAYER, 1960]? We will seek clarification of these relations in more detail by further analysis of our data.

Conclusions

In the surprisingly short time of a little over three years after their 'home' was lost, physically or mentally, many patients substitute the hospital ward for their home. Once this adaption occurred, their chances of returning to their community diminished and their death rate increased. Furthermore, this combination of events can – with a more directed analysis – be found in more patients than the Medical Staff seems to be aware of. This is most likely due to the fact that those patients wanting to stay are 'good' patients, are non-obtrusive, making no trouble, and tend to fade into the background. On the other hand, patients with no homes and patients wanting to stay largely account for overcrowding in our hospital; and ours is not different in any major respect from most other Mental State Hospitals.

But it is not so much the overcrowding that is of concern, it is rather the finding that the patients accepting the hospital as a new home have a poor prognosis indeed. They appear prone to mental deterioration and early death, certainly to be expected under the conditions of a giving-up-approach towards life. It is the objective of recognizing and preventing this chain of events which made me present our results to you today.

In order to have any success at all in *prevention,* it appears to me, a concentric effort from three sides would hold the best promise:

1. *The family* of the patient must be made aware of the need for doing everything possible to preserve a place for the patient in the home:

a) an empty bed and a full heart, to give it a label.

b) This also should include an untiring effort by the family to keep in personal contact with the patient, even if this has to contend with a paranoid system of the patient involving the family, often giving such an easy excuse to drop the diseased member out from the family circle.

c) Active and personal interest by the family must be encouraged, with frequent visits to the hospital, contact with the doctor, etc.

2. *The patient*'s will to return to his home must be kept alive right from the beginning of hospitalization.

a) Persuading the patient to stay for treatment should carefully be kept from interfering with the drive of the patient to return home.

b) Early and frequent, and even psychiatrically daring home visits might be justified in order to maintain the patient–home contact.

c) Settling down in the hospital should be energetically counteracted wherever a natural home is still in reach; where it is not, Family Care, a Half-Way House, and other such devices should be used early, that is before the patient has accepted the hospital as substitute home.

d) Hospitals often provide a 'stress-free ambiance' for many of their mental patients. Although temporarily this often is a desirable practice in acute cases, it tends to provide an easy escape from the normal stresses of life with which the mental patient has had difficulties of coping. Such factors make him avoid release. Suitable and measured stressors should be found in such cases.

3. *Doctors* should be made aware of the fact that they tend to overlook the quiet, easily managed, middle-aged patient, so contented with the hospital surrounding – who nevertheless seems to go down the road of

"hospitalism", deterioration and early death once he has entered the chain of events described.

a) Directed search should find the patients concerned.

b) In group therapy, or by whatever other means appear best indicated, an attempt should be made to keep them from falling deeper and reaching a degree pictured in the Home-Test shown in fig. 1.

In addition to these three directly patient-related approaches, certainly more *Research* is indicated, particularly as to the psychological mechanisms involved and into means of prevention of them, as well as to the high death rate among those patients wanting to stay in the hospital.

Summary

Many chronically hospitalized psychiatric patients are making the hospital their home, this becoming detrimental to their release. All 3000 patients of our hospital were interrogated as to their wishes about leaving the hospital, their personal data and their ties formed within the hospital and then followed by computer workup as to their fate during the next 5 years. Those who wanted to stay were found not only to have a small chance to leave the hospital, despite their apparent ability to do so by the judgment of the doctor, but they also had a poor prognosis as to life expectancy. An extra effort only can prevent this type of prolonged hospitalization with poor risk, aiming at motivating the patient and his family for early return, since chances decline rapidly after 3 years.

References

MAYER, W. E.: The new weapon of brainwashing. Paper read at US. Naval Yard, San Francisco 1960.

Author's address: W. KEUP, M. D., Director of Research, Research Facility, Brooklyn State Hospital, 681 Clarkson Avenue, *Brooklyn, N. Y. 11203* (USA).

Verh. 7. Int. Kongr. für Psychotherapie, Wiesbaden 1967
Teil V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 34–41 (1969)

Frührehabilitation und Spätrehabilitation von Psychosen

H. GASTAGER, Salzburg

Es ist eine erfreuliche Tatsache, dass die Rehabilitation in der Psychiatrie weitgehend Fuss gefasst hat und den medizinisch einseitigen und gerade bei psychischen Erkrankungen in seiner Definition problematischen Begriff der «Heilung» überall dort sinngemäss erweitert, wo psychische und soziale Faktoren bei der Genese der Erkrankung ebenso wie bei der dadurch bedingten Persönlichkeitsveränderung eine massgebliche Rolle spielen. Daraus folgt, dass Rehabilitation nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes voll zur Geltung kommen kann, in welchem ausser der psychiatrischen Diagnose auch noch die psychodynamischen und soziodynamischen Verhältnisse mitberücksichtigt werden. Wenn wir aber an Stelle von «Heilung» den weitergreifenden Gesichtspunkt der Rehabilitation im Auge haben, so muss diese schon gleichzeitig mit der somatischen Behandlung während des stationären Aufenthaltes einsetzen. In diesem Sinne meint auch SPAZIER [1966], dass «eine solche schon in der Klinik eingeleitete Soziotherapie wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Rückführung des Kranken in stabile, extramurale Lebensbezüge» sei. Die Prinzipien und Methoden, die dabei zur Anwendung kommen, möchten wir daher sinngemäss als *Frührehabilitation* bezeichnen.

Für den Erfolg dieser Frührehabilitation möchten wir folgende Gesichtspunkte als massgebend bezeichnen:

1. Um die Kontinuität der sozialen Anpassung zu gewährleisten, ist der stationäre Aufenthalt nur so lange als nötig für die Einleitung der Behandlung zu bemessen. Wir sind also für eine *Frühentlassung*, auf deren Bedeutung seinerzeit schon BLEULER [1911] hingewiesen hat. Tatsächlich betragen unsere stationären Aufenthalte bei Schizophrenen

durchschnittlich nur drei Wochen. Während dieser Zeit stehen die somatische Terapie und die Einleitung von psycho- und soziotherapeutischen Massnahmen im Vordergrund. Wir verzichten meist auf jegliche Schockbehandlung, um durch das damit einhergehende amnestische Syndrom die psychotherapeutische Verarbeitung der jeweiligen Problematik nicht zu stören. Statt dessen beginnen wir in der Regel mit einer Thiaxanthen-Schlafkur und stellen dann auf Langzeitneuroleptika um. Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit soll nach der Entlassung aus der stationären Behandlung so bald als möglich erfolgen.

2. Die psychiatrische Krankenhausabteilung wird als offene *therapeutische Gemeinschaft* geführt, worüber wir bereits einen ausführlichen Bericht publiziert haben. Auf diese Weise gelingt es selbst bei Erstaufnahmen gegen den Willen der Kranken, diese zu aktiver Mitarbeit zu bringen. Dadurch kann der Anstaltsaufenthalt kurz bemessen werden, insbesondere aber wird damit die Ausbildung eines Anstalssyndroms im Sinne FREUDENBERGS [1962] hintangehalten. Die Behandlungsschwerpunkte liegen in den zahlreichen Aktivitätsgruppen (Beschäftigungstherapie, Musik-, Tanz-, Gymnastik- und andere musische Therapiegruppen) und in regelmässigen Gruppenpsychotherapiesitzungen. Bei letzteren werden Stationsprobleme und die therapeutischen Massnahmen mit den Patienten nicht nur vom Arzt, sondern auch von anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams (Schwestern und Pfleger, Beschäftigungstherapeuten, Fürsorger) besprochen. Unabhängig davon werden in Einzeltherapien die persönlichen Probleme der Patienten zur Verarbeitung gebracht, soweit diese nicht in den psychotherapeutischen Gruppen behandelt werden können. Die Koordination der Tätigkeit des gesamten Personals geschieht an je einem Vormittag der Woche in eigenen Stationsteambesprechungen, in welchen der Arzt als «primus inter pares» im Sinne von HÄFNER [1966] vor allem die einzelnen Mitglieder des Behandlungsteams zu selbstverantwortlicher Eigeninitiative anregen soll. Hier werden Informationen gesammelt, danach die Therapiepläne für jeden einzelnen Patienten ausgearbeitet und dann ständig ergänzt. Besonderer Wert wird darauf gelegt, dass Spannungen zwischen Patienten und Personal in allen Gruppenbesprechungen aufgearbeitet werden. Je wirksamer die hier skizzierte therapeutische Gemeinschaft wird, desto mehr können die ärztlichen Visiten in den Hintergrund treten. Sie dienen vorwiegend der Anordnung und Kontrolle medizinischer Massnahmen, insbesondere an den akuten Stationen, wogegen das Gespräch mit den Patienten in eigens dazu adaptierten Psychotherapieräumen stattfindet. Hier kann auch ihr Verhalten viel bes-

ser beobachtet werden als in der stets etwas steifen Autoritäts-Subordinationsrelation bei der ärztlichen Visite. Diese Umstrukturierung der Beziehungen zwischen therapeutischem Personal und psychiatrischen Patienten hatte auch zur Folge, dass das therapeutisch so hinderliche Phänomen der Dissimulation gerade bei Schizophrenen kaum mehr zu sehen ist.

3. Voraussetzung für die Frühentlassung ist aber auch die Möglichkeit einer lückenlosen *ambulanten Nachbetreuung* der Patienten. Dazu ist eine Sektorisierung der Einzugsgebiete psychiatrischer Krankenanstalten vonnöten [Chr. MÜLLER]. Die Aussenfürsorger, welche in genügender Anzahl vorhanden sein müssen, stellen schon während des Krankenhausaufenthaltes in Einzelgesprächen und in den psychotherapeutischen Gruppen den Kontakt mit ihren Patienten her und suchen diese nach der Entlassung routinemässig einmal im Monat zu Hause auf. Daneben kommen die Patienten bei Bedarf auch ambulant zur Nachbetreuung in die Klinik. Die Ergebnisse der Fürsorgebesuche und die erforderlichen Massnahmen (Arbeitsvermittlung, medikamentöse Umstellung, Wiederaufnahme bei Rückfällen) werden in den wöchentlichen Stationsteambesprechungen diskutiert. Die Kontaktnahme mit der Familie des Kranken erfolgt zu Hause durch die Fürsorger, an der Abteilung in den wöchentlich stattfindenden Angehörigenberatungen, welche wir in Abwandlung der Elterngruppe der bifokalen Gruppentherapie nach SCHINDLER [1960] als ständige Einrichtung geschaffen haben.

Wir hatten nach diesen Prinzipien in den letzten fünf Jahren aus einem Einzugsgebiet von ca. 350 000 Einwohnern (Stadt und Land Salzburg) insgesamt 423 Schizophrene einschliesslich Mischpsychosen (146 Männer und 277 Frauen) in der psychiatrischen Krankenhausabteilung behandelt. Davon mussten nur 11 (4 Männer, 7 Frauen), das sind 2,6 %, auf die geschlossene Pflegeabteilung als vorläufige «Anstaltsfälle» abgegeben werden. Von diesen 11 Kranken hatten 5 zusätzlich einen erheblichen Schwachsinn und zeigten einen medikamentös schwer beeinflussbaren prozesshaften Verlauf der schizophrenen Erkrankung, der im Rahmen einer offenen therapeutischen Gemeinschaft nicht aufgefangen werden konnte. Dasselbe war bei zwei weiteren Patienten der Fall, welche daneben alkohol- und medikamentensüchtig waren. Ein 59jähriger Patient war draussen infolge einer zusätzlichen organischen Demenz sozial nicht anpassbar, eine Patientin mit einer Mischpsychose war durch die hohe Frequenz bipolarer Phasen wegen Selbstgefährlichkeit nicht haltbar. Eine jugendliche Patientin mussten wir nach langen Bemühungen schliesslich auf Druck des geschiedenen Vaters abgeben, den wir nicht zur Mitarbeit

bewegen konnten. Ein junger Volksdeutscher aus Rumänien, der kaum Deutsch konnte, war im Rahmen eines Entwurzelungssyndroms nicht in Kontakt mit der Gemeinschaft zu bringen. Seine schizophrene Erkrankung zeigt ebenfalls einen progressiven Verlauf.

Wir müssen aus unseren Erfahrungen den Schluss ziehen, dass die «Anstaltspsychiatrie» wenigstens für die grosse Gruppe der Schizophrenen immer mehr in den Hintergrund treten wird und möchten KISKER [1967] zustimmen, dass «die ambulante Psychiatrie vermutlich die Psychiatrie am Krankenbett bald in Praxis, Theorie und Ausbildung überholen wird».

Für solche Schizophrene mit progressivem Verlauf, deren Frustrationstoleranz in Hinsicht auf die sozialen Anforderungen draussen zu gering ist und für Langzeitpatienten der herkömmlichen Pflegeabteilungen, welche bereits durch das Anstaltssyndrom durchgegangen sind und deshalb trotz häufig längst zum Stillstand gekommener Erkrankung nicht mehr unmittelbar einer Entlassung in ein ausserhalb der Anstalt gelegenes soziales Milieu zugeführt werden können, sind die Methoden der *Spätrehabilitation* am Platz. Wir haben darüber vor zwei Jahren in einer eigenen Publikation anhand von 22 aus den Pflegeabteilungen übernommenen Fällen bereits berichtet. Sie unterscheiden sich in wesentlichen Punkten von denen der Frührehabilitation:

1. Zunächst ist die *Zeitdauer* der stationären Behandlung in einer Rehabilitationsabteilung wesentlich länger anzusetzen als bei der Frührehabilitation. Frühentlassungen führen hier meist zum Misserfolg und zur baldigen Wiederaufnahme. Wir haben unsere chronischen Schizophrenen von der Pflege- in die Krankenhausabteilung übernommen und damit gute Erfahrungen gemacht. Diese Patienten gewinnen durch den Kontakt mit den kurzfristig aufgenommenen Krankenhauspatienten wieder allmählich Anschluss an die Realität und legen die meist sehr primitiven Lebensgewohnheiten aus der Pflegeabteilung langsam ab. Dieser Prozess der Wiederanpassung dauert oft lange und führt bei den einzelnen Patienten, wenn man lange genug Geduld hat, nach anfänglichen Misserfolgen später doch noch zum Ziel. So sind unter den von uns seinerzeit als Misserfolge beschriebenen 10 Patienten inzwischen 3 nach einem weiteren Jahr doch noch zu einem Rehabilitationserfolg gekommen, nachdem sie anfangs keine verwertbare Arbeitsleistung erbrachten.

Eine wesentliche Schwierigkeit ist bei solchen chronischen Fällen die für das Anstaltssyndrom geradezu charakteristische mangelnde *Motivie-*

S.C.E.R.T., West
Library

rung zur beruflichen Rehabilitation. Wir können sie insbesondere bei jenem von SCHINDLER [1959] beschriebenen Typ der Persönlichkeitsabwandlung feststellen, den er als «Resignationstyp» bezeichnete. HÄFNER [1966] scheint etwas Ähnliches im Auge zu haben, wenn er schreibt «es gilt zu verhindern, dass in der chronifizierten Psychose mit dem Patientenstatus die präpsychotische Passivitäts- oder Unterlegenheitsposition bzw. die regressive, mit einem Ichdefekt einhergehende Abwehr der unbewältigten Konflikte auf reduziertem Niveau prozesshaft fortgesetzt wird». Wir finden diesen Resignationstyp aber häufig ohne prozesshaften Fortgang der Psychose in autoritär geführten geschlossenen Pflegeabteilungen. Es sind dies häufig chronisch Kranke, die sich zu einer Art von «Anstaltsfunktionären» [LINDINGER, 1963] emporarbeiteten. Sie sind ebenso schädlich für die Struktur und das Klima auf den Pflegeabteilungen, wie sie sich auch persönlich für die Spätrehabilitation zunächst oft als unbrauchbar erweisen, da sie in der Gemeinschaft schwer anzupassen sind.

Diesem Mangel an Motivation für die berufliche Rehabilitation muss schon in den Pflegeabteilungen entgegengetreten werden, indem man die chronisch Kranken mit dem Leben draussen durch den Einsatz der Massenmedien ständig konfrontiert und ihnen die Möglichkeit bietet, mit ihrem erarbeiteten Geld etwas zu erwerben. Die spätere Übernahme dieser Langzeithospitalisierten in die therapeutische Gemeinschaft einer Krankenhausabteilung erwies sich für die Motivierung insofern als günstig, als es für die kurzzeitig aufgenommenen Frührehabilitationsfälle meist selbstverständlich ist, dass sie möglichst rasch wieder entlassen werden wollen. Diese Einstellung überträgt sich allmählich auch auf unsere chronischen Fälle, wogegen die Ausübung von Druck auf diese von seiten der Anstalt oder auch der kostentragenden Fürsorgestellen meist im Gegenteil zu einer ängstlichen Abwehrhaltung, ja manchmal sogar zum Wiederaufflackern eines schizophrenen Prozesses führt. Zwar ist das «Hinausdrängen» auf den geschlossenen Pflegeabteilungen durchaus verbreitet, doch erweist sich dieses dann doch nur als Kurzschlussreaktion auf das Trauma des Eingesperrtseins. Dieselben Patienten zeigen nach Überstellung in die offene therapeutische Gemeinschaft auf der Krankenhausabteilung bald das entgegengesetzte Verhalten, wenn ihnen nämlich mit der angebotenen Möglichkeit der Entlassung die damit verbundene Notwendigkeit der Übernahme von Risiko und Verantwortung bewusst wird.

2. Im Gegensatz zur Frührehabilitation steht bei der Spätrehabilitation die medikamentöse Behandlung mehr im Hintergrund: Soweit Psycho-

pharmaka noch notwendig sind, wählen wir hier meist solche mit grösserer therapeutischer Breite in niedrigerer Dosierung, um die Arbeitsleistung nicht zu beeinträchtigen. Auch die Einzelpsychotherapie tritt hier zurück, da die die beginnende Psychose affizierende psychische Problematik zeitlich weit zurückliegt und häufig, insbesondere durch den allmählich geschwundenen Kontakt mit den Angehörigen, inaktuell geworden ist.

Dagegen steht die Neuorientierung in der therapeutischen Gemeinschaft im Sinne eines *sozialen Trainings* hier im Vordergrund. Der therapeutische Klub leistet uns dabei gute Dienste, ebenso wie die übrigen Aktivitätsgruppen. Die Beschäftigungstherapie, welche bei der Frührehabilitation stets betont musischen, weniger produktiven Charakter hat, ist für die Spätrehabilitationsfälle durch ein gezieltes *Arbeitstraining* zu ersetzen. Wir haben dementsprechend die Forderung aufgestellt, dass die herkömmliche Arbeitstherapie schon auf den Pflegeabteilungen durch eine Art geschützter Werkstätte ersetzt werden soll, wo die Kranken den Gegenwert ihrer jeweiligen Leistung in Form von Geld ausbezahlt bekommen, damit sie die Relation von Leistung und Verdienst wieder kennenlernen. Wir haben inzwischen damit gute Erfahrungen gemacht.

Für die Arbeitsvermittlung ist eine enge Zusammenarbeit mit Arbeitsamt, Fürsorgeämtern und Sozialmedizinischem Dienst von ausschlaggebender Bedeutung, um Fehlvermittlungen zu vermeiden: Wir haben Vertreter dieser Stellen in monatlichen Teambesprechungen auf der Krankenhausabteilung, wo jeder einzelne Rehabilitationsfall nach verschiedenen Gesichtspunkten besprochen wird. Dort, wo eine Arbeitsvermittlung mangels erforderlicher Arbeitsleistung noch nicht möglich war, muss ein *geschützter Arbeitsplatz* geschaffen werden. Dies ist in Salzburg mit Hilfe des Behindertengesetzes 1964 auch bei psychisch Kranken möglich, indem der Arbeitgeber denjenigen Anteil am Arbeitslohn vom Lande rückvergütet bekommt, für den noch keine Gegenleistung vorhanden ist. Der Patient aber bekommt den normalen Lohn ausbezahlt.

3. Die Entlassung stellt uns vor völlig andere Probleme als bei der Frührehabilitation: Meist sind keine Angehörigen mehr vorhanden, welche den Kranken aufnehmen können oder wollen. Wir sind daher darauf angewiesen, diese Patienten noch viele Monate bis Jahre selbst unterzubringen. Wir bedienen uns dazu der *Nachtklinik* bzw. anschliessend des *Übergangsheimes*. Wir ersparen uns damit auch den für den Kranken so diskriminierenden Entlassungsrevers von seiten der Angehörigen oder Kuratoren, weil wir die Verantwortung für den Kranken zunächst selber

beibehalten, soweit er sie noch nicht zu tragen in der Lage ist. Die Aussenfürsorge wird bei der Spätrehabilitation hauptsächlich zur Bewährungskontrolle in den Arbeitsstätten eingesetzt. Häufig gilt es auch, das soziale Milieu dort für den Kranken zu bereiten. Schliesslich ist es eine pädagogische Aufgabe der Aussenfürsorge, die erstmalig wohlverdienenden Patienten bei der Verwaltung ihres Geldes zu unterstützen, meist im Einvernehmen mit dem für sie zuständigen Pflegschaftsgericht. Es muss aber darauf Wert gelegt werden, dass sich die Kranken allmählich innerlich und äusserlich von der Anstalt lösen, um selbständig werden zu können.

Wir haben im Berichtszeitraum von 5 Jahren insgesamt 28 Langzeitpatienten (22 Männer, 6 Frauen) zur Spätrehabilitation übernommen. Von diesen konnten bisher 17 (12 Männer und 5 Frauen) wieder beruflich eingegliedert und persönlich selbständig, also rehabilitiert werden. Wenn man bedenkt, dass diese chronischen Patienten jahre-, oft jahrzehntelang von der öffentlichen Hand in den Pflegeanstalten erhalten werden, so muss auch den öffentlichen Stellen klargemacht werden können, dass der mit der Rehabilitation verbundene erhebliche organisatorische Aufwand durch jeden einzelnen Patienten wieder hereinkommt, der berufsfähig geworden ist, auch wenn er vorher durch Monate oder Jahre ein teures Krankenhausbett belegt hat. Dabei handelt es sich gar nicht so sehr darum, das ärztliche Potential durch eine drastische Verkleinerung des Bettenschlüssels in der psychiatrischen Anstalt zu erhöhen, als vielmehr darum, aus uninteressierten, weil pessimistischen «Wärtern» mit untergeordneter Funktion durch die Anwendung des Prinzipes der therapeutischen Gemeinschaft, initiative Mitarbeiter zu gewinnen. Die übrigen für das vollständige Team nötigen Mitglieder, wie Psychologen, Fürsorger, Gymnasten, Musiktherapeuten, müssen sowohl für die Früh- als auch für die Spätrehabilitation ergänzend zur Verfügung stehen.

Zusammenfassung

Wir haben versucht, die Unterschiede in den Methoden und in der Organisation der Früh- und Spätrehabilitation anhand 5jähriger Erfahrung in einem psychiatrischen Krankenhaus zur Darstellung zu bringen. Wir kamen zum Schluss, dass durch das Wirksamwerden der Frührehabilitation die Spätrehabilitation immer mehr auf primär prozesshafte Verläufe schizophrener Psychosen reduziert werden kann und damit die herkömmliche «Anstaltspsychiatrie» sich mehr auf die Pflege organi-

scher Schwachsinnsformen verlagern wird. Voraussetzung dafür ist die Einführung der offenen therapeutischen Gemeinschaft, welche mit extramuralen sozialpsychiatrischen Einrichtungen koordiniert werden muss.

Summary

We have tried to present the differences in methodology and organization between early and late rehabilitation on the basis of five years' experience in a psychiatric hospital. The conclusion was that, as early rehabilitation becomes more effective, late rehabilitation can be reserved increasingly for primary schizophrenic processes, while the traditional hospital psychiatry will tend to concentrate on the management of patients with organic defects. A first essential for this is the creation of the open therapeutic community, which should be coordinated with extramural facilities for social psychiatry.

Literatur

Bleuler, E.: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien; in Aschaffenburg Hb. d. Psychiatrie (Deuticke, Leipzig/Wien 1911).

Freudenberg, R. K.: Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. Nervenarzt *33:* 165–172 (1962).

Gastager, H.: Erfahrungen mit dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft in einer psychiatrischen Abteilung. Wien. med. Wschr. *114:* 301–308 (1964). – Zum Problem der Spätrehabilitation in der Psychiatrie. Wien. med. Wschr. *115:* 615–618 (1965a). – Die Rehabilitation des Schizophrenen (Huber, Bern 1965 b).

Häfner, H.: Ein sozialpsychologisch-psychodynamisches Modell als Grundlage für die Behandlung symptomarmer Prozessschizophrenien. Sozialpsychiat. *1:* 33–37 (1966).

Kisker, K. P.; Amsel-Kainarau, A. und Spazier, D.: Psychiatrie ohne Bett. Nervenarzt *38:* 10–15 (1967).

Lindinger, H.: Beitrag zur Untersuchung der soziologischen Struktur in der psychiatrischen Heilanstalt und im psychiatrischen Krankenhaus. Nervenarzt *34:* 229–231 (1963).

Müller, Chr.: Persönliche Mitteilung.

Schindler, R.: Das psychodynamische Problem beim sogenannten schizophrenen Defekt; in C. Müller und G. Benedetti: Verh. Int. Symp. für Psychotherapie der Schizophrenie, Zürich 1959, p. 276 (Karger, Basel/New York 1960).

Spazier, D.: Nachfolgende Fürsorge und Rehabilitation bei psychisch Kranken. Nervenarzt *37:* 381–388 (1966).

Adresse des Autors: Univ. Doz. Primararzt Dr. H. Gastager, Landesnervenklinik, Ignaz-Harrer-Strasse 79, *A-5000 Salzburg* (Österreich).

Proc. 7th Int. Congr. of Psychotherapy, Wiesbaden 1967
Part V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 42–49 (1969)

Rehabilitation of Concentration Camp Survivors (Following Concentration Camp Trauma)

L. EITINGER, OSLO

After reading VEIL's [1969] particularly clear and detailed exposé on rehabilitation, I felt tempted to apply all the problems of the very specific population group which I am going to deal with in every single respect to those mentioned by him.

It was easy to fall for this temptation; it seemed merely to be a matter of applying given values to a general mathematical formula. Unfortunately, time does not permit me to do more than put forward a few outstanding features.

Dealing with *the individuals*, we must first emphasize that the group of people known in our time as concentration camp survivors are not a homogeneous group. Even if we disregard individual differences, we must distinguish between those former prisoners who were sentenced to punishment with a time limit and those who were sentenced to death and for whom the stay in the camp was merely a more or less prolonged execution of the death sentence. The first group comprises the so-called less dangerous political prisoners, mainly from West European countries. Some of them were detained under relatively free conditions such as we know existed in several camps in Norway. Others went to concentration camps in Germany and to the wretchedness with which we are now so familiar.

The other group, which I think it is most correct to define as those under sentence of death, forms – apart from the so-called N. N. prisoners who, owing to serious misdemeanours and 'stubborn attitude' were regarded as unfit to live in the coming thousand-years' realm – the large group which was to be exterminated for 'racial' reasons – their problem

would meet a 'final solution'. As we know, this applied in the first place to Jews and Gypsies. The majority were killed immediately after they arrived in the camps. Some of the able-bodied were kept alive *temporarily* and a very few of them survived.

It is outside the boundaries of this paper to describe the traumata, mental and physical, to which the various groups were exposed, but if we are to discuss rehabilitation, we must know something about the starting point of the single individual who was to be rehabilitated. The political prisoners who had been imprisoned in relatively reasonable camps returned to their homes and their work and to the admiration and recognition they deserved for their efforts. Their democratic and positive view and attitude had been strengthened and they were in no need of rehabilitation. Former prisoners who had been in the worst camps – and especially those who had been exposed to the most severe somatic stress, such as serious head injuries during torture, severe infectious diseases and extreme emaciation – usually recovered after a period of convalescence, short or long, and the majority of them had apparently completely recovered after a few weeks or some months. However, in some cases very rapidly, in others after many years, clear signs of insufficiency appeared in which chronic anxiety and depression and a tendency to isolation on the one hand and a lack of working stability and social decline on the other were the most important symptoms.

The starting point was considerably more serious for the group originally sentenced to death and whose execution had been prevented by the termination of the war. They were suddenly thrown back into life after indescribable massive mental and physical trauma. Many of them did not know what to do because they had lost all relation to life; they had become completely isolated; they were the only survivors while their families, relatives and friends had been killed.

We are then in the midst of VEIL's second problem complex, the *environment* the handicapped person is to live in. The importance of this can easily be demonstrated and exemplified by again comparing various groups. Thus Norwegian prisoners, who after a period of apparently good adjustment had started to deteriorate, could be examined by a team of first class specialists. In many cases a chronic brain syndrome could be found as a common denominator for the clinical and social changes observed. Everybody knows that organic findings range high in the 'hierarchy of handicaps', and both the family and the environment on the whole were, therefore, more than willing to accept them. The centrifugal powers

which, as VEIL so rightly has pointed out, usually make rehabilitation difficult, were minimal in this group, at least in the beginning, and rehabilitation progressed very satisfactorily, especially in those cases where it was possible to obtain compensation which corresponded to the insufficient ability to work.

VEIL is quite correct in saying that the 'language of money' is very limited in its power of expression, but in this special material we were able to observe that even this 'poor language', when used in the right way, has been of great importance. Generous disablement assessment for those of our clients who still had part of their working capacity intact, proved to have beneficial effects on rehabilitation far beyond what was expected. The extra income they received in the form of a relatively generous pension has not only compensated them for the demonstrable reduction of income but also lessened their worries. They appear to be more content, feel more confident about the future; they can cope with their difficulties in a better way and find it easier to accept their lack of surplus energy and the necessity to renounce many of the joys of life and entertainment. However, the most important fact is that their self-confidence increases when they realise that they have a better chance of being able to continue in the same work as they had before they were granted the pension, even though only as part-time workers.

We very rarely found cases in our material with so-called 'gain neurosis' where the injured person activates all his unconscious defence mechanisms in order to increase his degree of disablement. This development can be seen, however, in cases where the assessment of disablement is insufficient, where the patient withdraws into resigned bitterness, or where an unconscious aggression is provoked towards the community as a whole and the compensation authorities in particular.

The Jewish survivors form a completely different group, especially those who went to the state of Israel in 1948. They were then exposed to a sort of 'milieu therapy' which must surely be regarded as unique in the history of psychiatry. A new, extremely dynamic and enthusiastic community made demands on the newcomer of cooperation, effort and rebuilding which never before had been made on a group of deeply traumatised persons. The intensity of the demands was perhaps surpassed by the individual survivor's desire to be once again *part of* a community, 'to belong', and to live again in an environment which created and built something new in order to forget the past. Intrapersonal difficulties were 'forcefully' repressed, but not solved and, therefore, they exist up to the present day,

often, however, in the background of a personality which to all appearances functions socially in a more or less satisfactory manner.

The environment was, of course, quite different for the concentration camp survivors who could not or would not go to Israel but who came as refugees to the various countries in the western world. My own experiences in Norway include specially selected material because Norway's immigration policy – contrary to that maintained by many other countries – was markedly charitable in character. That is to say that Norway did not primarily accept healthy, strong and able-bodied young people. On the contrary, people suffering from tuberculosis, blindness and other somatic diseases, and those whose working capacity was reduced were favoured by the immigration panels. Therefore, the burden borne by the refugees in Norway is manifold. They have their serious mental traumata caused by the war and they have their somatic illnesses which handicap them in competition with other workers. On top of all this, they are often completely isolated, and, furthermore, strangers and refugees. Thus they lack every form of anchorage in the community where, it is hoped, they will settle and become rehabilitated. They lack what VEIL so rightly calls the most important and primary group, *the family*. Thus they have to combat all the problems presented by this negative and multiple constellation, and here let me emphasize the fact that it is not merely a question of a summing up of the various factors, but rather of a doubtlessly reciprocal influence and potentiality. It can, therefore, easily be understood that extremely all-round and concentrated medical, psychiatric and social efforts were necessary in order to help these so severely traumatised persons back into a life of work. Purely descriptively, we can say that this rehabilitation has, on the whole, been a success, but in order to keep this up, continual and very systematic psychiatric and social help is needed. Even then the results are very labile.

This leads naturally to another of VEIL's central points, namely *the handicapped persons' own attitude* to what they have been through and the significance of their experience. It will hardly surprise anyone that the victims themselves believe that their traumatising war experiences are the cause of their present ailments, their social misery and the consequent need of rehabilitation. More important is, however, the fact that the thorough scientific investigations carried out in all those countries concerned with this problem, show that the serious changes of personality which doubtlessly have taken place in these persons are due to the traumata suffered during persecution, both the mental and the somatic ones. Those

who became handicapped because of these traumata are, therefore, fully justified in believing in the causal relationship between their injuries and the chronic condition resulting from them in every walk of life. When assessing these conditions, it is, therefore, important not to accept blindly the demand for bridging symptoms, not to give too much credit to the chance current precipitating factors. The balance achieved after the war is almost always very labile and one single intercurrent experience, often an illness, not directly brought about by the war, or other social difficulties only indirectly caused by the war, may cause the compensating mechanism to fail and bring about the state of insufficiency. Both from a therapeutic and social psychiatric point of view of rehabilitation it would be very unfortunate to ignore the underlying basic weakness caused by the war and concentrate exclusively on the chance precipitating secondary cause.

VEIL is quite correct in his statement that the *dialogue between the handicapped persons and the community* can be difficult. This applies especially to those disabled by war. As is the case with every unpleasant experience, war and its victims are something the community wants to forget, a 'veil of oblivion' is drawn over everything painful and unpleasant. It is natural that a witness to an accident can repress it more easily than one who has been actively concerned in it, and the one who will find it most difficult to forget is the person who has suffered permanent injury. *He* will be reminded of the fateful event, willynilly, every day, every hour. In the beginning, others will no doubt be sympathetic and understanding, but as time passes, the victim of the disaster will only be a disturbing reminder of unpleasant experiences. This applies both to the family and fellow employees, and, not least, to the 'dialogue' with the community as a whole. New events take place and 'one cannot always think of the past'. In this respect, the victims of persecution are in an exceptionally vulnerable position. The humiliations, crimes, torments, torture and injuries suffered by this group are, in fact, of an extraordinary nature, painful, degrading and debasing to the personality. This reason alone is enough to make them difficult to forget. They are, what is more, connected with the loss of family, environment and security and a 'return to the past' is thus impossible. On the other hand, we find a world which apparently is not capable of understanding fully the significance of what has happened. The fact that several million human beings, men and women, the healthy and the sick, the aged and infants, were collected from all parts of Europe and transported to a few places with the sole purpose of extermination, is

monstrous enough. That all this was done in cold blood, systematically and in a well-organized manner with only the slightest reaction on the part of all those who were not passively implicated, belongs to those chapters in the history of mankind which the majority of people wish to repress. The psychodynamic reasons for this cannot be considered here. We find the two sides face-to-face – on one side the victims who, perhaps, wish to forget, but *cannot,* and on the other, all those with strong, often unconscious motives who very intensely both wish to forget and succeed in doing so. This contrast is experienced daily and is frequently very painful for both sides. The weakest one, the handicapped person, remains naturally enough the losing party in this silent and unequal dialogue.

VEIL has mentioned that the handicapped person is often concerned with the question of who is to blame for the change in him or her and why they are unfit to lead an adequate life, both at work and/or emotionally. This problem has proved to be of special importance for concentration camp survivors and their well-being. It is a primitive psychological experience that the consequences of an injustice are easier to bear when its cause is removed or, in more concrete cases, when atonement has been made for the crime in question. Even when one disregards the principle of retribution, the question of moral responsibility and moral obligation is a living reality which we must take into consideration and which we must not be allowed to ignore. For example, when a former ghetto prisoner is told that a man who was the leader of a so-called 'Einsatzkommando', that is, a group of men whose only task was to round up and kill defenceless civilians, has been sentenced to penal servitude for 15 years because of mass murder, and he is then released because he suffers from a slight form of arthritis, then this is an extra burden, the weight of which one cannot fully estimate. Or, for instance, when a former Auschwitz prisoner learns that a notorious tormentor from the camp, remembered by all and forgotten by none, was sentenced in August 1965 to 14 years' penal servitude for mass murder and released in January 1966 because he needed a special diet, then this, at best, is interpreted as directly scorning him (the ex-prisoner) personally and all the millions who died in the camps. When this information appears in the press, and everyone who follows these reports knows that this is by no means rare, we can be quite certain that many a psychosomatic condition will exacerbate, that nightmares will increase, dysphoric depressive reactions augment and hopelessness and despair take the upper hand. Experiences of this kind can be enough to cause a carefully built-up existence to collapse completely. The dialogue

between the individual and the community have become even more one-sided and oblique.

These reactions can easily be explained as the outcome of a latent aggression. We must also agree without further discussion with those who assert that this aggression – in the same way as every other blind and indiscriminate form of hate – will reduce the possibilities for an adequate adjustment and rehabilitation. It is also correct that during the course of psychotherapeutic interviews it is necessary to discuss how much the patient personally loses of values by surrendering to uncritical hate and aggression. But the tragic part of many of these cases is that the very change of personality has gone so deep that one cannot reasonably expect a *restitutio ad integrum.*

It is, therefore, right, without doubt, to emphasize VEIL's view that an attitude which assumes that it is either only the fault of the handicapped person or that only the community is to blame, must be regarded as sterile and simplifying. This is demonstrated perhaps especially clearly by the problems of guilt and expiation, aggression and forgiveness. These are so great and comprehensive, both in their negative and their positive aspects, that they can merely be touched upon in this very brief account. They cannot only show how many-sided and complex the question of rehabilitation of former concentration camp prisoners is, but also point out how important this task is in all its multifarious and manifold aspects.

Summary

The differences existing among concentration camp survivors, both with regard to individuals and to groups, their starting positions after the war as well as the various possibilities of rehabilitation offered to them in the communities to which they came, are described.

The environment proved to have a positive and constructive significance for rehabilitation for some groups, while it presented special difficulties to others, particularly for the isolated survivors, without any anchorage in their past life and completely alone in their new milieu.

The present material showed that a generous assessment of the degree of disablement and a grant of pensions corresponding to this had a beneficial effect, while the so-called 'gain neuroses' were extremely rare.

The handicapped persons' own opinions of their trauma show – according to scientific investigations – that there is a close connection be-

tween the present reduction in ability to work and the degree of persecution. The resulting socio-psychiatric consequences are emphasized.

The especially difficult 'dialogue' taking place between this extremely traumatised group and the community as a whole is stressed, on one side by briefly considering the annihilation of a total people and the simultaneous passivity of the whole world, and on the other side by showing the complex problems of moral responsibility and guilt, of expiation and, finally, of some actions taken by the community provoking latent aggression and reducing the possibilities of the rehabilitation of concentration camp survivors.

References

VEIL, C.: Réadaptation et société. Proc. 7th Int. Congr. of Psychotherapy, Wiesbaden 1967, Part I: Psychotherapy – Prevention and Rehabilitation, pp. 78–92 (Karger, Basel/New York 1969).

Author's address: Prof. Dr. L. EITINGER, Universitetet i Oslo, Psykiatrisk Institutt, Vinderen, *Oslo 3* (Norway).

Verh. 7. Int. Kongr. für Psychotherapie, Wiesbaden 1967
Teil V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 50–62 (1969)

Zum sozialen Effekt klinischer analytischer Gruppenpsychotherapie

A. Heigl-Evers

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn
(Ärztlicher Direktor: Medizinaldirektor Prof. Dr. med. W. Schwidder)

Seit 1954 wird im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, einem Fachkrankenhaus für psychogene Erkrankungen und Nervenkrankheiten mit 176 Betten, bei der Behandlung neurosekranker Patienten in zunehmendem Umfang analytische Gruppenpsychotherapie angewandt.

In den Jahren 1958 bis 1962 wurden bei einem mittleren Jahresdurchgang von 1145 Patienten 15,89 % im Jahresdurchschnitt in analytischen Gruppen behandelt, wobei die Zahl der gruppenbehandelten Patienten laufend zunahm: von 11,49 % im Jahre 1958 auf 19,92 % im Jahre 1962. In den letzten Jahren (1963 bis 1967) war ein weiteres Anwachsen der gruppenbehandelten Patienten zu verzeichnen.

Wir führen diese Therapie in der Klinik als zeitlich limitierte Therapie über 8–10 Wochen durch mit einer Gesamtstundenzahl von 24–30 Doppelstunden. Es handelt sich im allgemeinen um Gruppen, die in ihrer Zusammensetzung konstant sind (um sogenannte geschlossene Gruppen) und nur im Ausnahmefall um längerdauernde, in ihrer Zusammensetzung wechselnde sogenannte offene Gruppen.

Der Gruppenbehandlung gehen bei uns immer diagnostische Sitzungen zwecks Erhebung einer erweiterten bzw. tiefenpsychologischen Anamnese voraus. Die Behandlung wird von Therapeuten durchgeführt, die von allen stationsärztlichen Aufgaben und damit von nicht-analytischen ärztlichen Kontakten sowie auch von administrativen und von disziplinarischen Funktionen entbunden sind. Dadurch wird die Einhaltung des psychoanalytischen Abstinenzprinzips ermöglicht, die sonst in einer Klinik erfahrungsgemäss schwierig ist.

Wichtig erscheint uns, dass der Patient *vor* Beginn der Behandlung wenigstens im Ansatz begriffen hat, worum es dabei geht: dass er nur gesunden kann auf dem Wege vertieften und erweiterten Erlebens, Erkennens und Verstehens seiner selbst und seiner Beziehungen zu den Mitmenschen und einer daraus resultierenden adäquaten Verarbeitung von angstbesetzten Motivationen und Konflikten. In vorbereitenden Gesprächen wird ihm nahegebracht, dass es auf diesem Gesundungsweg in der Gruppentherapie vor allem zwei «Instrumente» zu handhaben gilt:

1. Die Gruppensituation als solche mit ihren vielfältigen Möglichkeiten wechselseitiger Beziehungsbildung,

2. die möglichst spontane und freimütige, d. h. nicht durch die üblichen Konventionen und durch selbstkritische Überprüfung gesteuerte Äusserung in den Gruppenauseinandersetzungen.

Wir bedienen uns bei der Gruppenbehandlung der Methode der teilnehmenden Beobachtung, die auch der Einzelanalyse zugrunde liegt. Wir benutzen Techniken, die ebenfalls für die Einzelanalyse entwickelt wurden – so die Abwehranalysetechnik und die Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung. Wir zentrieren unsere Beobachtungen und Interpretationen auf die im «hier und jetzt» sich aktualisierende Übertragung, so wie sie sich – entsprechend der Gruppenkonzeption R.SCHINDLERS – prägruppal oder gruppal konstelliert. Zweck der Behandlung ist die Aufdekkung unbewusster irrationaler Motive. Ziel ist, durch solche Aufdeckung eine Änderung der die Symptomatik unterhaltenden Psychodynamik und damit eine Symptomheilung herbeizuführen.

Bei der katamnestischen Überprüfung der von uns in den Jahren 1958 bis 1962 gruppenbehandelten Patienten haben wir uns eines Fragebogens bedient. Eine methodisch an sich wünschenswerte persönliche Nachuntersuchung war vor allem deswegen nicht realisierbar, weil der Einzugsbereich unserer Klinik das gesamte Bundesgebiet umfasst und solche Untersuchungen daher einen sehr grossen Aufwand bedeutet hätten.

Der von uns entwickelte Fragebogen ist in zwei grosse Abschnitte unterteilt. Im ersten Abschnitt wird der Verlauf der Beschwerden, die seinerzeit zur fachklinischen Behandlung Anlass gaben, erfasst ebenso wie die dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit und die deswegen durchgeführte ärztliche Behandlung. Weitere Fragen sind darauf gerichtet, ob sich nach der Behandlung in Tiefenbrunn im Erleben und Verhalten etwas geändert hat, ob die Umgebung es bemerkte und damit einverstanden war oder nicht, welche der durch die Tiefenbrunner Behandlung bewirkten Veränderungen im Erleben und Verhalten vom Patienten selbst für vor-

teilhaft und welche für nachteilig gehalten werden und wie sich Lebensgefühl und Lebensform seither entwickelt haben.

Im zweiten Hauptabschnitt wird der Bereich «Familie, Beruf, Freizeit» erfasst. Es werden Fragen gestellt nach Pensionierung oder Berentung und nach deren Gründen, nach der Entwicklung der beruflichen Stellung, nach Weiterbildung oder nach Berufswechsel, nach dem Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Untergebenen sowie nach dem Kontakt mit Familienangehörigen, wie er sich nach der Behandlung in Tiefenbrunn entwickelt hat. Nach den wichtigsten Informationen wurde zwecks Überprüfung mehrfach gefragt – in verschiedener Formulierung und an verschiedenem Ort.

Es handelt sich bei den folgenden Mitteilungen um Resultate einer vorläufigen Auswertung grober Art, wie sie aufgrund des bislang vorliegenden Materials möglich war. Eine möglichst hundertprozentige Erfassung der behandelten Fälle mit persönlicher Nachuntersuchung repräsentativer Gruppen wird angestrebt, und eine gründliche statistische Auswertung soll nachfolgen.

Es wurden aus den in den Jahren von 1958 bis 1962 in Tiefenbrunn zur stationären Aufnahme gelangten Patienten 912 mit Gruppentherapie behandelte ermittelt. Von den 912 versandten Fragebögen wurden bislang 59,85 % zurückgeschickt und 48,57 % als eine unausgelesene Gruppe ausgewertet. Über die ausgewertete Gruppe ist folgendes auszusagen:

Sie verteilt sich auf die Geschlechter zu ungefähr gleichen Teilen. Es handelt sich um 229 Männer und um 214 Frauen. Unter den Altersgruppen überwiegen die 21- bis 35jährigen, die sich in einem für die Wirksamkeit einer analytischen Psychotherapie besonders günstigen Alter befinden (Tabelle I).

Beruflich rekrutieren sich die Gruppenpatienten unserer von allen Sozialversicherungsträgern belegten Klinik vorwiegend aus der Mittelstands-

Tabelle I

Altersgruppen	Männer	%	Frauen	%
unter 21 Jahren	18	7,86	16	7,48
21–35 Jahre	121	52,84	131	61,21
36–55 Jahre	90	39,30	67	31,31
über 55 Jahre	—	—	—	—

Tabelle II

Verteilung nach Berufsgruppen	Männer	%	Frauen	%
Ungelernte Arbeiter	23	10,04	38	17,76
Facharbeiter	104	45,42	8	3,74
Angestellte oder Beamte	94	41,04	111	51,87
Selbständig	4	1,75	1	0,47
Akademiker	3	1,31	5	2,35
Hausfrauen (Führung des Familienhaushalts)	1	0,44	51	23,81

Tabelle III

Verteilung nach Symptom-Manifestationen	Männer	%	Frauen	%
Überwiegend psychisch	100	43,67	82	38,32
Überwiegend somatisch	122	53,27	132	61,68
Überwiegend charakterlich	7	3,06	—	—

schicht der Facharbeiter sowie der mittleren Beamten und Angestellten (Tabelle II).

In bezug auf die Symptom-Manifestationen sind Organneurosen und psychosomatische Krankheitsbilder am stärksten vertreten (Tabelle III).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit muss gesagt werden, dass die grössere Zahl der Patienten bis zur Klinikaufnahme noch gearbeitet hat. Die Arbeitsfähigkeit war jedoch eingeschränkt oder überhaupt bedroht. Häufige Phasen von Arbeitsunfähigkeit und zahlreiche ergebnislose ambulante und stationäre ärztliche Behandlung im Bereich anderer medizinischer Fachrichtungen waren vorausgegangen (Tabelle IV).

Nach den Ergebnissen der katamnestischen Befragung ist es bei den Männern in 75,99 %, bei den Frauen in 72,43 % der Fälle zu Beschwerdefreiheit bzw. zu einer deutlichen Besserung der neurotischen Symptome gekommen bei einer Verschlechterungsquote von 6,11 % bei den Männern und von 10,75 % bei den Frauen. Bei 13,97 % der Männer und bei 14,95 % der Frauen blieb das Beschwerdebild gleich. Zu völliger Beschwerdefreiheit kam es nur bei 14,85 % der Männer und bei 13,08 % der Frauen.

Tabelle IV

Verteilung nach Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit	Männer	%	Frauen	%
Vor Klinikaufnahme noch arbeitsfähig bei drohender Arbeitsunfähigkeit	188	82,10	159	74,30
arbeitsunfähig insgesamt	41	17,90	55	25,70
Davon länger als ein halbes Jahr arbeitsunfähig	23	10,04	26	12,15
Davon berentet bzw. Rentenantrag gestellt	8	3,49	10	4,67

Tabelle V

Behandlungseffekt	Männer	%	Frauen	%
Beschwerdefrei	34	14,85	28	13,08
Beschwerden gebessert	140	61,14	127	59,35
Unverändert	32	13,97	32	14,95
Verschlechtert	14	6,11	23	10,75
Gestorben	9	3,93	4	1,87

3,93 % der Männer und 1,87 % der Frauen sind inzwischen verstorben (Tabelle V).

62,88 % der Männer und 54,67 % der Frauen waren wegen der in Tiefenbrunn behandelten Beschwerden auch passager nicht mehr arbeitsunfähig (Tabelle VI).

Bei den Männern kam es in 56,77 %, bei den Frauen in 47,19 % zu beruflichem Aufstieg, während die Abstiegsquote bei den Männern 6,55 % und bei den Frauen 6,54 % beträgt. Bei 32,75 % der Männer und bei 44,39 % der Frauen blieb die berufliche Situation die gleiche. Die hier vorliegenden Differenzen zwischen den Geschlechtern gehen zu Lasten des Anteils der nichtberufstätigen Hausfrauen (Tabelle VII).

Der soziale Kontakt wurde bei 62,91 % der Männer und bei 64,02 % der Frauen als gebessert angegeben, er verschlechterte sich bei den Männern

Tabelle VI

Auswirkung der Behandlung auf die Arbeitsfähigkeit	Männer	%	Frauen	%
Auch passager nicht mehr arbeitsunfähig	138	62,88	117	54,67
Zeitweise (in den Grenzen des Ubiquitären) arbeitsunfähig	67	29,26	66	30,84
Länger als 1/2 Jahr arbeitsunfähig	15	6,55	27	12,62
Davon berentet bzw. laufender Rentenantrag	9	3,93	6	2,80

Tabelle VII

Berufliche Entwicklung nach Behandlung	Männer	%	Frauen	%
Aufstieg	130	56,77	101	47,19
Abstieg	15	6,55	14	6,54
Gleichgeblieben	75	32,75	95	44,39

in 3,93 % und bei den Frauen in 5,16 % der Fälle und blieb bei den Männern in 30,13 % und bei den Frauen in 28,50 % der Fälle unverändert (Tabelle VIII).

Verglichen mit der relativ geringen Zahl der völlig beschwerdefrei gewordenen Fälle ist die soziale Besserung zu unserem eigenen Erstaunen also überwiegend. Soziale Besserung, die Auswirkung auf die berufliche Durchsetzungsfähigkeit und auf die Soziabilität überwiegen demnach gegenüber dem eigentlichen Heilungseffekt. Die Belebung von Impulsen, sich im sozialen Feld zu engagieren – sowohl im Sinne beruflicher Expansion wie auch im Sinne besserer Kommunikation – ist ein positiver therapeutischer Effekt, der allerdings noch nicht die völlige Aufhebung der psychodynamischen Abwehrmechanismen, die die Symptome unterhalten, bedeutet.

Tabelle VIII

Entwicklung der Soziabilität nach Behandlung	Männer	%	Frauen	%
Soziale Kontakte befriedigender	142	62,01	137	64,02
Soziale Kontakte weniger befriedigend	9	3,93	12	5,61
Gleichgeblieben	69	30,13	61	28,50

Im folgenden soll in aller Vorsicht eine Erklärung dafür gesucht werden, warum sich zunächst die Beziehungen des Ich zur Aussenwelt konsolidieren, vorrangig vor den intrapsychischen Beziehungen (zwischen Ich und Es oder Ich und Über-Ich):

Von den katamnestisch untersuchten Patienten wurde auf die Frage, welche der durch die Behandlung in Tiefenbrunn bewirkten Veränderungen im Erleben und Verhalten sie für vorteilhaft hielten, in 34,76 % der Gesamtfälle und in 46,81 % der geheilten bzw. der gebesserten Fälle geantwortet: «Mehr Selbstvertrauen.» Manchmal hiess es auch: «Mehr Selbstsicherheit.» Es scheint uns naheliegend, dass ein Mehr an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit Tendenzen und Impulse im Sinne grösserer Unternehmungslust sowohl im Bereich beruflicher Entwicklung wie auch im Kommunikationsbereich nährt und begünstigt. Wie aber lässt es sich erklären, dass ein acht- bis zwölfwöchiger klinischer Aufenthalt bei Anwendung analytischer Gruppentherapie bei den Neurosekranken Selbstvertrauen und Selbstsicherheit wachsen lässt? Welche im speziellen klinischen Milieu sowie welche in der angewandten Therapie liegenden Faktoren könnten dafür Ursache sein?

1. Faktoren, die im klinischen Milieu liegen:

a) Räumliche Distanzierung von der sonstigen Umwelt und den sonstigen Beziehungspersonen. Diese Distanzierung ist wegen des überregionalen Charakters der Klinik in vielen Fällen erheblich. Zwischenzeitliche Kontakte mit den Angehörigen durch Besuch oder dergleichen sind daher eher erschwert. Ausserdem wird den Patienten von ärztlicher Seite empfohlen, solchen Kontakt möglichst zu beschränken. Dadurch Distanzierung von den bisherigen Denk-, Orientierungs- und Wertungssystemen

und deren personalen Repräsentanten. Damit *auch* Distanzierung von einem eventuellen, von vielen Patienten gefürchteten Ostrazismus: von der Gefahr, wegen neurotischer Symptome und seelischer Unzulänglichkeit diffamiert, abgelehnt und ausgeschlossen zu werden.

b) Gleichzeitig Konfrontation mit einem anderen Denk-, Orientierungs- und Wertungssystem, dem der psychotherapeutischen Klinik, das zumindest gradmässig antriebsfreundlicher, toleranter und verständnisbereiter ist als das dem Gros der Patienten von zu Hause gewohnte.

c) Ausserdem Konfrontation mit der Einstellung der Psychotherapeuten, die darin besteht, sich für den Patienten als Persönlichkeit in allen Details seines Erlebens zu interessieren und ihn ernst zu nehmen, wie er es in diesem Ausmass sonst wahrscheinlich kaum kennengelernt hat. «Du stotterst zwar; aber du bist doch wer!» So wird die Einwirkung der Klinikärzte von einer ehemaligen Patientin beschrieben.

d) Ein weiterer Faktor wäre der suggestive Effekt der Autorität «Klinik». Die von den ärztlichen Repräsentanten einer renommierten Klinik vertretenen Einstellungen und Beurteilungen haben für viele Patienten ein ungleich grösseres Gewicht als z. B. die Urteile eines noch so erfahrenen, aber nur im *eigenen* Namen sprechenden niedergelassenen Arztes.

2. Welche Faktoren, die in der therapeutischen Anwendungsform, der analytischen Gruppentherapie liegen, können für das Wachsen von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit förderlich sein?

a) Die therapeutische Haltung des Gruppenanalytikers: die eines weitgehend wertungsfreien neutralen Wohlwollens, die allen Seiten des Erlebens des Patienten ohne Einschränkung geöffnet ist und die in bezug auf den Patienten impliziert: Du selbst und dein Erleben bist so wichtig und so ernst zu nehmen, dass ich einen damit befassten Beruf erwählt habe und dir nun mein intensives Interesse widme.

b) Durch die unter 1a–d genannten Faktoren des klinischen Umfeldes wird der Zusammenschluss der Gruppe gegen die sonstige Umwelt und unter Umständen eine gemeinsame Frontstellung gegen die als bedrückend, bedrohlich oder gefährlich erlebten Aspekte der Sozietät begünstigt. Konkurrenzkonflikte und Interessenkollisionen innerhalb der Gruppe wickeln sich daher in einer Atmosphäre der Gemeinsamkeit, einer durch einen gemeinsamen Gegner – die vom Patienten als versagend erlebte Sozietät – bestimmten Gemeinsamkeit ab. Auf diese Weise kommt es zur Förderung von Kohäsivkräften unter den Teilnehmern im Sinne von: Wir haben eine gemeinsame Sache, unsere Therapie, «unsere

Gruppe». Im Zusammenhang «unsere Gruppe» gewinnen auch der einzelne und sein Erleben eine vermehrte Bedeutung und gegenüber allen etwaigen Gegnern eine positive Akzentuierung. Diese Kohäsivkräfte können noch zusätzlich dadurch gestärkt werden, dass die Gruppe – in ihrer Zusammensetzung konstant gehalten – als *geschlossene* Gruppe geführt wird. Aus diesem Grunde ist die geschlossene Gruppe im Rahmen der zeitlich limitierten Kliniktherapie der offenen Gruppe vorzuziehen. Klinikpatienten pflegen sich daher auch meistens energisch gegen offene Gruppen zu wehren – im Gegensatz zu ambulanten Patienten, die bei den zeitlich nicht limitierten ambulanten Gruppen gegen die offene Form weniger protestieren.

Ich möchte abschliessend ein kasuistisches Beispiel schildern, das mir repräsentativ für einen grossen Teil der durch unsere Behandlung gebesserten Fälle zu sein scheint. Ich möchte zu zeigen versuchen, wie der Besserungseffekt, insbesondere die positiven Auswirkungen im beruflichen und gesellschaftlichen Bereich, aussehen und wie ihr Zustandekommen zu denken ist.

Ein 28jähriger Facharbeiter, Ketteneinleger mit Werkmeisterprüfung, erkrankte an phobischen (Strassenangst) und Angstreaktionen, an vegetativen Symptomen und an geringen Reizleitungsstörungen des Herzens (Rechtsschenkelblock) sowie an erektiven Potenzstörungen in einer Zeit, als er versuchte, durch vermehrten Arbeitseinsatz im Betrieb positionsmässig den Vater zu erreichen, der – in der gleichen Firma – bereits Werkmeister war. Auf eine Darstellung der Psychodynamik der interpersonellen Beziehungen des Patienten, wie sie, durch die Kindheit determiniert, sich aktuell zeigten, soll an dieser Stelle verzichtet werden.

Die genannte Situation war für den Patienten insofern konflikthaft, als er auf der einen Seite zwar von dranghaftem Ehrgeiz bewegt war, den väterlichen Konkurrenten einzuholen, auf der anderen Seite aber gegenüber dem Vater von ebenso starken Anlehnungsbedürfnissen erfüllt war und deswegen eine direkte Geltungsrivalität mit ihm bzw. mit entsprechenden anderen Männern im Sinne einer spezifischen Problematik ödipaler Auseinandersetzung fürchtete.

Ein Traum des Patienten lautete: «Ich will jemandem nachlaufen – einem Mann – ich erwische ihn nicht.» Das im Traum verwandte Wort «nachlaufen» enthält die genannte neurotische Zwiespältigkeit; denn «nachlaufen» hat sowohl die Bedeutung, dem anderen nachzulaufen, um

ihn einzuholen und vielleicht zu überholen im Sinne einer Geltungskonkurrenz. Es hat aber ebenso die Bedeutung von selbst richtungslos einem Führer nachlaufen, einem Stärkeren nachfolgen, um sich anschliessen, anlehnen zu können.

Die genannten neurotischen Beschwerden beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit des Patienten erheblich. Sowohl stationäre wie ambulante medikamentöse Behandlungen führten immer nur zu vorübergehender Besserung. Wiederholte Arbeitsversuche mussten jeweils nach einigen Tagen wegen intensivierter Symptome wieder aufgegeben werden. Das hatte u. a. zur Folge, dass der Patient den Vater *nicht* einholte, d. h. die in Aussicht gestellte Werkmeisterstellung *nicht* bekam.

Als der Patient in die Klinik Tiefenbrunn aufgenommen wurde, war er im 28. Monat arbeitsunfähig krank und von seiner Krankenkasse ausgesteuert. Von vertrauensärztlicher Seite war ihm gesagt worden, dass es «zur Rente nicht reiche». Die Angstzustände traten damals meist abends im Bett auf, wenn er grübelte, warum bin *ich* gerade krank. An ein körperliches Leiden glaubte er zu der Zeit nicht mehr. Er verhielt sich im ganzen passiv, meinte, er brauche einen Schubs, um über alles hinwegzukommen, und hatte bezüglich Therapie an Hypnose gedacht; er war also erfüllt von Erwartungsvorstellungen der Art, dass ihm von aussen kraftvolle Impulse zufliessen müssten. Der Patient fand sich dann bereit, an der ihm vorgeschlagenen Gruppentherapie teilzunehmen; er trat in eine bereits bestehende offene Gruppe ein und nahm 34 Sitzungen lang daran teil.

Während dieser Behandlung setzte er sich mit seinen Willkür- und Bemächtigungstendenzen auseinander, insbesondere mit seiner Angst, in dieser Hinsicht «wie der Vater zu werden», was er «*nie* gewollt hatte». Er erlebte seine Geltungsansprüche deutlicher und wagte es zunehmend, sich in Auseinandersetzungen mit den Gruppenteilnehmern gegen diese durch Entwicklung eigener Standpunkte und Vertretung eigener Meinungen abzugrenzen. Er erlebte in der Übertragung zum Gruppentherapeuten und zur Autorität Klinik, die hinter diesem stand, seine Ängste, das Wohlwollen des anderen Mannes zu verlieren, wenn er etwas aus sich machte, nach mehr Geltung strebte; er setzte sich mit diesen Befürchtungen auseinander und vollzog ein erstes «corrective emotional experience».

So ermuntert, begann er sofort nach der Entlassung aus der Klinik am 16. 7. 1962 wieder in seinem alten Betrieb zu arbeiten und wurde am 1. 1. 1963 zum Werkmeister (Abteilungsmeister) befördert und ins Ange-

stelltenverhältnis übernommen. Der Patient schrieb uns auf unsere katamnetische Befragung Anfang 1967:

«Ich trat selbstsicherer auf (nach der Behandlung in Tiefenbrunn); meine Frau merkte es sofort. Im Betrieb hat man sich langsam daran gewöhnt. Ich setzte mich jetzt mit jeder Sache auseinander; vorher wurde ich rot und schwieg, wenn ich scharf angepackt wurde. Mit den Vorgesetzten kann ich offener und deutlicher sprechen. Mit den Kollegen kann ich mich beruflich besser auseinandersetzen und auch behaupten. Vorher sass ich da und schwieg. Sie hatten mich vorher für einen komischen Menschen gehalten. Ich kann jetzt meine Fachkenntnisse anbringen. Meine Fachkenntnisse wurden vor Tiefenbrunn schon anerkannt aufgrund von guten Zeugnissen; ich konnte sie aber nicht einsetzen aus Angst und Unsicherheit, was sich aber nach der Behandlung in Tiefenbrunn entscheidend geändert hat.

Ich habe mich 1964 bei unserem Schützenverein aufnehmen lassen, ein Gewehr gekauft und schiesse eifrig mit. Werde auch dort anerkannt, was ich früher nicht geglaubt hätte. Es ist nämlich ein Schützenverein, in welchem sich die prominentesten Bürger unserer Stadt befinden – auch mein Chef. Habe zwar oftmals noch etwas Raum- oder Platzangst, hoffe aber, dass ich auch damit noch fertig werde. Für mich war Tiefenbrunn ein voller Erfolg. Wurde damals aus Tiefenbrunn mit einem Arbeitsversuch entlassen und konnte bis jetzt ohne grössere Unterbrechung arbeiten.»

Dieser Patient hat sich also durch die Gruppenbehandlung bereitwillig stärken lassen in seinem bis dahin latenten angstbehafteten Anspruch, jemand zu sein, an andere Männer heranreichen zu können. Er trat entsprechend selbstsicherer auf (er schreibt nicht: ich *war* selbstsicherer). Da er sich bereits auf gute Leistungen stützen konnte, fiel es ihm nicht allzu schwer, sich in seinem Betrieb Anerkennung und Bestätigung zu verschaffen. In der Ehe gab es in der Hinsicht auch keine Schwierigkeiten, da die Ehefrau von freundlichlieber Gemütsart war und bereit, sich beim Partner mit Gutem und Bösem abzufinden. Durch die Bestätigung im Arbeitsbereich ermuntert, trat er dann dem örtlichen Schützenverein bei und erlebte mit stolzer Genugtuung, dass er ebenso wie die prominenten «Väter» ein Gewehr nehmen und – zusammen mit jenen – nach der Scheibe schiessen und anschliessend am Biertisch sitzen, dass er mit ihnen konkurrieren und gleichzeitig freundlich verbunden sein durfte. Es schloss sich so ein Circulus benignus dadurch, dass Bestätigung von aussen zur Ermunterung sowohl der auf Durchsetzung und Vorwärtskommen wie auch der auf Kommunikation gerichteten inneren Impulse beim Patienten führte, und dass die manifest werdenden inneren Impulse in einem der Konfliktbewältigung des Patienten günstigen sozialen und familiären Rahmen wiederum eine Bestätigung erfuhren. Dass dadurch «nur» ein partieller Sktrukturwandel erreicht wurde, dürfte evident sein.

Zusammenfassung

Es wird über eine vorläufige katamnestische Überprüfung einer unausgelesenen Gruppe von 443 Patienten aus einer Gesamtgruppe von 912 in den Jahren 1958 bis 1962 in der Fachklinik für psychogene Erkrankungen und Nervenkrankheiten Tiefenbrunn (Niedersächsisches Landeskrankenhaus) mit stationärer analytischer Gruppenpsychotherapie behandelten Patienten berichtet.

Die Ergebnisse sind durch einen günstigen sozialen Effekt (im Sinne einer positiven Auswirkung der Klinikbehandlung auf die berufliche Entwicklung und die Soziabilität) gekennzeichnet, der gegenüber dem Symptomheilungseffekt überwiegt. Mit den günstigen Auswirkungen der Behandlung im Bereich beruflicher Durchsetzung und sozialer Kommunikation scheint zu korrespondieren, dass 34,76 % der untersuchten Gesamtgruppe bzw. 46,81 % der geheilten und gebesserten Fälle einen Zuwachs an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit für eines der entscheidenden Resultate der Behandlung in Tiefenbrunn halten.

Es wird versucht, die Faktoren zusammenzustellen, die eine Zunahme von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit bei diesen Patienten erklären könnten. Abschliessend wird ein für diese Patientengruppe charakteristisches Fallbeispiel geschildert.

Summary

A preliminary follow-up study of an unselected group of 443 patients out of a total of 912 treated by group psychotherapy in the years 1958 to 1962 in the special clinic for psychogenic and nervous disorders at Tiefenbrunn (Regional Hospital, Lower Saxony) is reported.

Characteristic of the results is the favourable social effect (positive influence of hospitalization on professional development and sociability); this is more important than the improvement in symptoms. This favourable effect of treatment on professional attainment and ability to communicate appears to be confirmed by the fact that 34.76 % of the total group examined or 46.81 % of those improved or recovered considered an increase in self-assurance and self-confidence to be one of the most important results of the treatment in Tiefenbrunn.

An attempt is made to identify the factors which might explain an

increase in self-assurance and self-confidence in these patients. In conclusion, a case history illustrative of this group of patients is presented.

Adresse der Autorin: Med. Rätin Dr. med. A. HEIGL-EVERS, Niedersächsisches Landeskrankenhaus, *D-3405 Tiefenbrunn b. Göttingen* (Deutschland).

Verh. 7. Int. Kongr. für Psychotherapie, Wiesbaden 1967
Teil V: Rehabilitation
Psychother. Psychosom. *17:* 63–72 (1969)

Berufliche Wiedereingliederung durch klinische Psychotherapie

Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung

J. Zauner

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn
(Ärztlicher Leiter: Medizinaldirektor Prof. Dr. med. W. Schwidder)

Einer psychotherapeutischen Klinik fallen im Rahmen ihrer Aufgaben auch wichtige Funktionen bei der beruflichen Rehabilitation zu. Da der Weg in eine entsprechende Fachklinik auch heute noch häufig über zahlreiche organisch orientierte Kliniken und Vorbehandler führt, haben wir es mit vielen Patienten zu tun, die an chronifizierten psychoneurotischen und psychosomatischen Symptomen leiden und denen dadurch ein sozialer Abstieg oder eine Invalidisierung droht.

Etwa die Hälfte der jährlich in das Niedersächsische Landeskrankenhaus Tiefenbrunn aufgenommenen 1200 bis 1500 Patienten wird von den Rentenversicherungsträgern eingewiesen. Als Konsequenz dieser Auswahl von Kranken ergibt sich, dass der Arzt ganz besonders mit den Problemen der beruflichen Wiedereingliederung in allen Differenzierungsgraden konfrontiert wird. In der Literatur, wie in einer Arbeit von Mattheis [1963], wird immer wieder darauf hingewiesen, welche besonderen Schwierigkeiten Rehabilitationsmassnahmen gerade bei den Patienten bereiten, bei deren Leistungsminderung psychische Störungen eine Rolle spielen. In diesen Fällen führen soziale Massnahmen, ärztliche Behandlung und herkömmliche Kuren häufig nicht zum gewünschten Erfolg. Man pflegt hierbei die Beeinträchtigung des Gesamterlebens und der mitmenschlichen Beziehungen zu übersehen, die derselben Grundstörung entstammen wie die klinischen Krankheitserscheinungen. Auf der anderen Seite macht man die Erfahrung, dass in vielen Fällen auch eine psychotherapeutische Behandlung allein diesen Kranken nicht zu einer sozialen Integration verhelfen kann. Die Ursachen dafür können vielfältiger Natur sein: Ungünstige, eine Neurose stabilisierende Umweltverhältnisse, eine Mechanisie-

rung der Symptome, inzwischen eingetretene somatische Veränderungen, z. B. infolge eines Trainingsverlustes durch übermässige Schonung bei Patienten mit funktionellen Herz-Kreislaufstörungen, sowie dem sekundären Krankheitsgewinn dienende Verarbeitungen.

Solchen Patienten wird eine Fachklinik eher gerecht, die in der Lage ist, innerhalb eines Gesamtbehandlungsplanes den psychotherapeutischen Verfahren vielfältige medizinische und soziale Massnahmen sinnvoll zuzuordnen. Viele Kranke können im Schutze der Klinikatmosphäre, deren Bedeutung vielen Ortes beobachtet und dargestellt ist, bald begrenzte Belastungen und Aktivitäten wagen und Risiken auf sich nehmen. Diese Belastungen lassen sich stufenweise bis zu Arbeitsversuchen in benachbarten Betrieben noch während des Klinikaufenthaltes steigern.

Der Auswahl der psychotherapeutischen Verfahren kommt eine besondere Bedeutung zu, sollen sie diesen Anforderungen, möglichst vielen Patienten gerecht zu werden, genügen. Wenn man von der Schwere der Behinderung der meisten unserer Patienten ausgeht, so liegt der Gedanke an eine möglichst langfristige und intensive analytische Behandlung nahe, die ja eine grösstmögliche Stabilisierung erlaubt. Die grosse Zahl der Hilfesuchenden einerseits, ihre häufig mangelnde Eignung für das klassische analytische Verfahren andererseits zwingen jedoch zu einer Modifikation und Intensivierung des psychotherapeutischen Vorgehens. Ausserdem lässt sich eine Psychoanalyse *lege artis* nur schwer in den Gesamtbehandlungsplan einfügen. Sie wird in unserer Klinik deshalb nur in Ausnahmefällen durchgeführt. Ergibt sich eine Indikation zu einer psychoanalytischen Behandlung, so wird der Patient sofort oder nach einer Vorbereitung auf sie in ambulante Behandlung entlassen oder einer initialen Gruppentherapie zugeführt. Als besonders geeignet erwiesen sich für die klinischen Aufgaben die analytische Gruppentherapie, analytisch orientierte Kurztherapieformen und übende Verfahren. Gerade nach klinischer Kurztherapie zeigen sich oft erstaunliche Besserungen; offensichtlich verändern sich durch sie so wichtige Faktoren im psychodynamischen Strukturgefüge, dass man ihre Möglichkeiten nicht unterschätzen sollte.

Wenn ich meinen Beitrag ursprünglich unter dem Titel «Untersuchungen nach nicht-analytischer Therapie» ankündigte, so war damit gemeint, dass sich diese Einschränkung lediglich auf das Formale der Methode und nicht auf den theoretischen Ansatz bezog.

DÜHRSSEN [1960] hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sie eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse für gefährlich halte, da auch für die Kurztherapie die Be-

rücksichtigung von unbewusster Motivierung, von genetischen Faktoren, von Übertragung und Gegenübertragung von unerlässlicher Bedeutung sei. Jede Psychotherapie setze letzten Endes gründliche Kenntnisse der unbewussten Vorgänge voraus.

Eine erhebliche Intensivierung erfahren diese psychotherapeutischen Verfahren durch die in Tiefenbrunn entwickelte therapeutische Visite, die der aktiven Unterstützung der jeweiligen Therapie dient, indem z. B. während der Visite umschriebene Widerstände angesprochen oder Aspekte der Ich-Stärkung akzentuiert werden. Dieses Vorgehen hat eine enge Zusammenarbeit zwischen Stationsarzt und Therapeuten zur Voraussetzung, falls diese Aufgabenteilung realisierbar ist.

Auch das autogene Training wurde diesen Grundsätzen angepasst. Die Patienten üben prinzipiell allein und haben in ein bis zwei Gruppensitzungen pro Woche die Möglichkeit, Schwierigkeiten mit der Methode zu diskutieren, Fehler zu korrigieren und Anweisungen für die Weiterführung des Trainings zu erhalten. Der Therapeut arbeitet in erster Linie darauf hin, persönlichkeitsspezifische Behinderungen der Erlebnisverarbeitung, streng auf den Umgang mit dem Training bezogen, anzusprechen, wobei im gegebenen Rahmen Faktoren von Übertragung und Gegenübertragung zu berücksichtigen sind.

Auf diese Weise ist eine einheitliche Basis für alle angewandten Verfahren garantiert, die es erlaubt, den in langfristigen Analysen gewonnenen Kenntnisstand allen Patienten nutzbar zu machen.

Um die Ergebnisse dieser klinischen Arbeit zu überprüfen, wurden im letzten Jahr katamnestische Untersuchungen begonnen. Der überregionale Charakter der Klinik liess eine persönliche Nachuntersuchung nicht zu, so dass wir uns in voller Kenntnis der damit verbundenen Probleme und Einschränkungen in der Verwertbarkeit der Befunde zum Fragebogenverfahren entschliessen mussten.

Es wurde ein Fragebogen von fünf Seiten Umfang entwickelt, dessen Fragen sich in verwandelter Form wiederholen, so dass ein grösstmögliches Mass von Objektivität, das bei diesem Vorgehen überhaupt erreicht werden kann, garantiert war. Die einzelnen Fragen, die soziale, medizinische und psychische Faktoren umfassen, waren so gehalten, dass sie einerseits nur mit ja oder nein beantwortet werden konnten, auf der anderen Seite den Probanden immer wieder Gelegenheit boten, selbst Stellung zu nehmen.

Dieser Bogen wurde an insgesamt 2162 ehemalige Patienten der Aufnahmejahrgänge 1958 bis 1961 versandt. Es wurden nur diejenigen

Patienten berücksichtigt, bei denen mindestens vier Wochen lang ein psychotherapeutisches Verfahren zur Anwendung kam oder versucht wurde.

912 Patienten nahmen an einer analytischen Gruppentherapie teil, über deren Katamnesen HEIGL-EVERS berichtet (siehe Seite 50–62). Meinen Auswertungen lagen die Untersuchungen an den 1250 Patienten zugrunde, bei denen eine Kurztherapie oder ein übendes Verfahren indiziert war. Von diesen 1250 angeschriebenen Patienten haben bisher 63,7 % den Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt, 48 sind inzwischen verstorben.

Für diese Arbeit wurden unausgewählt die ersten 500 Fragebogen in der Reihenfolge ihres Eintreffens verwendet. Von diesen 500 Patienten waren inzwischen 27 verstorben. Die Antworten kamen von 249 Männern und 224 Frauen.

Die Altersaufteilung zur Zeit der Klinikaufnahme gliederte sich wie folgt (Tabelle I):

Tabelle I

	bis 21	21–35	35–55	über 55	Total
Männer	4	76	132	37	249
Frauen	6	66	131	21	224
Total	10	142	263	58	473

Bei 182 Patienten dominierten psychoneurotische, bei 287 körperliche Symptome, während nur 4 dieser Auswahl an einer Charakterneurose litten, bei der erfahrungsgemäss nur eine lange analytische Behandlung Aussicht auf Erfolg hat.

38 Kranke waren länger als ein halbes Jahr arbeitsunfähig, 18 bereits berentet, bei 21 von ihnen war ein schwebendes Rentenverfahren wegen der stationären Behandlung ausgesetzt worden.

Die in der Klinik angewandten therapeutischen Verfahren sind in der Tabelle II aufgeführt.

Bei 6 Patienten wurde eine Fehldiagnose (viermal das Vorliegen einer organischen Erkrankung, zweimal das einer Psychose) erst während des Psychotherapieversuchs evident.

In den Krankenblattunterlagen war verzeichnet, dass 384 Patienten beschwerdefrei bzw. subjektiv gebessert und 88 in unverändertem Zustand entlassen worden waren.

Nur einmal war eine Verschlechterung des Krankheitsbildes vermerkt.

Tabelle II

Art der Therapie	Männer	Frauen	Total
Kurztherapie	157	105	262
Autogenes Training	37	16	53
Vorbereitung auf Analyse	9	2	11
Gescheiterte Widerstandsbehandlung Fragliche Prognose	63	80	143

Tabelle III stellt die Sofortergebnisse denen nach 5 bis 7 Jahren gegenüber:

Tabelle III

	Bei Entlassung		nach mindestens 5 Jahren	
Beschwerdefrei	384		57	308
Gebessert			251	
Unverändert	88		105	
Verschlechtert	1		35	
Verstorben	–		27	

Die 27 Verstorbenen sind in der ersten Rubrik nicht erfasst worden, da sie einer gesonderten Auswertung zukommen.

Der Therapieeffekt ist also in 308 von 384 Fällen subjektiv stabil geblieben, ein Ergebnis, das über dem Durchschnitt der Literaturangaben liegt. ERNST [1959] z. B. sah bei ebenfalls sehr guten Anfangserfolgen einen Endausgang, allerdings nach grösseren Zeiträumen, bei je einem Drittel mit Beschwerdefreiheit, mit Besserung und mit Verschlechterung.

57 Patienten gaben völlige Beschwerdefreiheit an, 251 fühlten sich gebessert, 105 fanden ihren Zustand als unverändert und 35 als verschlechtert, 27 Patienten waren inzwischen verstorben. Sieben Probanden litten an einer schweren organischen Erkrankung, bei der sich ein Zusammenhang mit dem Ausgangsleiden nicht herstellen liess, bei dreien entwickelte sich in der Zwischenzeit eine Psychose, die nicht vorauszusehen war.

Soweit zu eruieren war, ergab sich bei den 57 beschwerdefreien

Patienten kein echter Symptomwandel, der jedoch bei den 251 gebesserten bei etwa einem Drittel der Fälle zu erkennen war.

64 Patienten hatten die Psychotherapie ambulant fortgesetzt, 20 davon in Form einer Psychoanalyse.

In 15 Fragebogen waren die Angaben in bezug auf die Besserung so ungenau, dass sie nicht berücksichtigt werden konnten.

Am meisten überraschten die Ergebnisse in bezug auf die Arbeitsfähigkeit, wobei die 95 Hausfrauen ohne Berücksichtigung bleiben müssen, um das Bild nicht zu verfälschen.

In der Zeit seit der Entlassung waren nur 96 ehemalige Patienten wegen des Grundleidens arbeitsunfähig, davon nur 33 insgesamt länger als ein halbes Jahr. 19 Patienten wurden in der Zwischenzeit aus Altersgründen berentet, 37 wegen des Grundleidens, 26 wegen neu aufgetretener organischer Erkrankungen, wovon vor allem die über 55 Jahre alten Patienten betroffen wurden.

Am schwierigsten waren die sozialen Faktoren zu erfassen. 101 Patienten gaben eine berufliche Besserstellung an, die sie selbst auf den stabileren Gesundheitszustand zurückführten. Es dürfte sich jedoch in einer nicht geringen Zahl um Menschen handeln, bei denen diese berufliche Entwicklung zu erwarten war.

Bei 28 Patienten war ein sozialer Abstieg zu verzeichnen, während 237 in ihrem sozialen Bereich verblieben. In vielen Fällen hat die klinische Psychotherapie die Patienten nach ihren eigenen Angaben zu einem Berufswechsel ermutigt. Fast ähnliche Verteilungskurven ergaben sich in bezug auf das Sozialverhalten.

Die nächste Übersicht gibt einen Einblick, wie fragwürdig Statistik sein kann. Stellt man die Angaben über langfristige Arbeitsunfähigkeit und Berentung zur Zeit der klinischen Behandlung denen nach 5 bis 7 Jahren gegenüber, erhält man folgendes Ergebnis (Tabelle IV):

Tabelle IV

	Klinikaufenthalt	nach 5 Jahren
arbeitsunfähig über ½ Jahr	38	33
berentet	18	8 organisch 37
Rentenantrag	21	26 organisch –

Würde man diese Zahlen rein statistisch lesen, wäre das Behandlungsergebnis gerade bei den Schwerstkranken recht ungünstig. Richtet man sein Augenmerk jedoch auf die individuellen Verläufe, so zeigt sich, dass über die Hälfte dieser 77 Patienten wieder arbeitsfähig wurde, während ein Teil der als ungebessert entlassenen inzwischen Rente bezog, bzw. über ein halbes Jahr dem Arbeitsprozess durch Krankheit entzogen war.

Das Schicksal der Patienten, bei denen der Versuch einer Psychotherapie an der mangelnden Einsichtsfähigkeit in psychische Zusammenhänge oder an der schlechten Prognose scheiterte, erlaubt einen Einblick in diese Problematik. Ein Teil von ihnen erlebte sich bereits bei der Klinikentlassung als freier und weniger behindert. Die Katamnesen zeigten nun das überraschende Ergebnis, dass fünf von ihnen die Psychotherapie aus eigener Initiative fortsetzten und acht sogar völlig beschwerdefrei wurden. Auf der anderen Seite stammt aber auch das Gros der Fehlausgänge aus dieser Patientengruppe. Manche Probanden wiederum wiesen in den Fragebogen ausdrücklich auf die «Wirksamkeit» der psychischen Behandlung hin.

In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf: Was wirkt bei der klinischen Kurztherapie, besonders bei so schwerkranken, sozial bereits stark eingeengten Patienten? Mancher wird dazu neigen, äusseren Einflüssen und glücklichen Zufällen des Schicksals bei den günstigen, widrigen bei den ungünstigen Ausgängen die Schuld zu geben. Die Verfolgung von Einzelentwicklungen spricht jedoch gegen diese pauschale Annahme. Patienten haben oft in langen zusätzlichen Berichten geschildert, dass sie gerade mit schwierigen Umwelteinflüssen besser und erfolgreicher fertig würden.

Ich möchte hier eine Stelle aus der Arbeit von Ernst [1959] zitieren, die sich mit der Frage nach Ursache und Wirkung auseinandersetzt. Er weist darauf hin, dass «die Persönlichkeit die Umwelteinflüsse, durch die sie geformt wird, selber mitgestaltet» und dass nicht «ein Einfluss bewirkt, sondern verschiedene innere und äussere Bedingungen zu einem neuen Gleichgewicht umgruppiert werden».

Die Faktoren, die ein neues Gleichgewicht ermöglicht haben, sind sicher vielfältiger Art. Schon der Gesamtbehandlungsplan – von dem eingangs berichtet wurde – berücksichtigt ja diese Gesichtspunkte. Unsere Untersuchungen haben auch die Erfahrung bestätigt, dass konflikthafte Einschränkungen der Erlebnisfähigkeit und somit auch der sozialen Plastizität so determinierend wirken können, dass ohne ihre Berücksichtigung eine Neuorientierung nicht möglich ist. In diesem Sinne sind die ge-

schilderten Behandlungsergebnisse zu einem entscheidenden Anteil auf die psychotherapeutische Ausrichtung der Gesamtbehandlung zu beziehen.

Die eben erwähnte nicht seltene Diskrepanz zwischen den Entlassungsbefunden und gegenteiligen Entwicklungen weist ausserdem auf die Rolle der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur hin.

Bei den negativen Ausgängen überwiegen Menschen mit geringer Plastizität und eingeschränkten Möglichkeiten zu Umweltkontakt, die bereits von Kindheit an wenig vitale Energien zur Verfügung hatten. Sie waren deshalb auch nicht in der Lage, die in der Therapie gebotenen Möglichkeiten zu einer wenigstens umschriebenen Neuorientierung zu nutzen.

In zahlreichen zusätzlichen Berichten schilderten frühere Patienten ihren erfolgreichen Lebensweg, berichten darüber, dass ihre Ehe sich glücklicher gestaltet habe, und dass sie mit dem Leben besser zurechtkämen. Für die meisten von ihnen war es von besonderer Bedeutung, dass nicht ihre Symptomatik im Mittelpunkt der Betrachtung stand, sondern dass sie ein anderer Mensch – ohne die festgefahrene Meinung, dass ihnen ja nichts fehle – in ihrem Leiden ernst nahm und ihren Problemen Gewicht zumass. BALINT [1962] hat auf die Wirksamkeit des «unvergessenen Erlebnisses, einmal verstanden worden zu sein und auf diese Weise etwas wirklich Neues über sich erfahren zu haben» hingewiesen. Auf diesem Boden werden dem Patienten zusätzliche neue emotionale Erfahrungen im Erleben des Umgangs mit dem Arzt möglich. Es scheint aber so zu sein, dass nicht nur die verbalisierten und speziell durchgearbeiteten Übertragungsbezüge wirksam werden. Man könnte diese Übertragungsform, die durch ihre Konstellation bereits eine innere Erlebnisumstellung bewirkt, als «nicht durchgearbeiteten Übertragungseffekt» bezeichnen.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt scheint der der Schuldgefühlsentlastung zu sein. Ihre Unzugänglichkeit gegenüber noch so gut gemeinten rationalen Korrekturversuchen rührt von ihrer Abstammung aus der Erfahrung im zwischenmenschlichen Kontakt in der Kindheitsperiode her. Erst die neuen Erlebnismöglichkeiten, die nicht zuletzt in der Arzt-Patienten-Beziehung erfahren wurden und im Umgang mit den Mitpatienten und dem Pflegepersonal erprobt werden konnten, machen den Blick für neue Wege frei. Von besonderer Wichtigkeit scheint mir zu sein, dass man bei der Wahl der Konflikte, deren Lösung man sich als therapeutisches Ziel gesetzt hat, nicht nur die Übertragungsphänomene im Blick hat, sondern auch die Psychodynamik der für das Gesamterleben entscheidenden neurotischen Kernkonflikte. Darauf ist SCHWIDDER [1969] ausführlich eingegangen.

Ich bin mir dessen voll bewusst, dass die dargestellten Ergebnisse dieser katamnestischen Untersuchung dadurch eine empfindliche Einschränkung erfahren, dass sie auf Fragebogenerhebungen zurückgehen. Es besteht jedoch der Plan, in einem repräsentativen Querschnitt frühere Patienten zu einer Nachuntersuchung einzubestellen bzw. aufzusuchen.

Soviel glaube ich aber bereits jetzt definitiv aussagen zu können: Bei chronifizierten psychoneurotischen oder psychosomatischen Erkrankungen erscheint der Versuch einer klinischen Rehabilitation gerechtfertigt und in der Lage, zahlreiche Patienten vor dem endgültigen sozialen Abstieg zu bewahren.

Zusammenfassung

Am Niedersächsischen Landeskrankenhaus in Tiefenbrunn werden bei etwa der Hälfte der Patienten psychotherapeutische Heilverfahren zum Zwecke der Rehabilitation oder der Prävention durchgeführt.

Es wird in dieser Mitteilung über die Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung bei 500 Patienten berichtet, bei denen eine analytisch orientierte oder eine übende Psychotherapie indiziert war. Bei der Darstellung wurden vor allem die sozialen und beruflichen Aspekte berücksichtigt. Es zeigte sich, dass selbst bei Patienten, die durch neurotische Störungen schwer behindert waren, nach langer Arbeitsunfähigkeit eine Berentung verhindert werden konnte. Die Nachuntersuchung bestätigte die Wichtigkeit eines mehrschichtigen therapeutischen Ansatzes im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes, in dem psychotherapeutischen Verfahren vielfältige medizinische und soziale Massnahmen, wie Arbeitsversuche von der Klinik aus, sinnvoll zugeordnet werden.

Summary

At the Regional Hospital, Tiefenbrunn, Lower Saxony, rehabilitative or preventive psychotherapy is performed in about half the patients.

Results are here reported of a follow-up study of 500 patients in whom analytically oriented psychotherapy or autogenic training was indicated. Social and professional aspects are considered particularly in the presentation. It was found that even in patients who were severely incapacitated by neurotic disturbances, the necessity for pensioned retirement could be avoided despite prolonged disability. Follow-up showed the importance of

psychotherapy on several levels as part of the overall treatment, which also includes multiple medical and social measures and trial employment from the hospital.

Literatur

BALINT, M. und BALINT, E.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin (Huber/Klett, Bern/Stuttgart 1962).

BASH, K. W.: Psychotherapeutische Erfolgsstatistik. Dtsch. med. Wschr. *91:* 2088–2094 (1966).

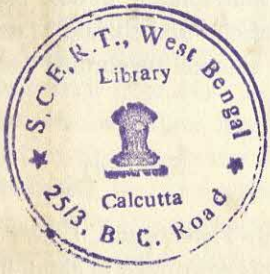
CREMERIUS, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie (Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1962).

DÜHRSSEN, A.: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Verlag f. medizinische Psychologie, Göttingen 1960).

ERNST, K.: Die Prognose der Neurosen. Monogr. Ges. Neurol. Psychiat., Heft 85 (Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1959).

MATTHEIS, R.: Rehabilitationsmassnahmen nach § 1237 Ar VNG; dargestellt an Erfahrungen der Landesversicherungsanstalt Berlin. Z. psycho-som. Med. *9:* 175–186 (1963).

SCHWIDDER, W.: Psychoanalyse in der klinischen Psychotherapie. Verh. 7. Int. Kongr. für Psychotherapie, Wiesbaden 1967, Teil I: Psychotherapie – Prävention und Rehabilitation, pp. 104–116 (Karger, Basel/New York 1969).



Adresse des Autors: Med. Rat Dr. J. ZAUNER, Niedersächsisches Landeskrankenhaus, *D-3405 Tiefenbrunn b. Göttingen* (Deutschland).